

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO

**O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS: UMA ANÁLISE DAS TECNOLOGIAS
PRESENTES NO COTIDIANO DO TRABALHO DE UMA EQUIPE ITINERANTE**

**Porto Alegre
2016**

ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO

**O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS: UMA ANÁLISE DAS TECNOLOGIAS
PRESENTES NO COTIDIANO DO TRABALHO DE UMA EQUIPE ITINERANTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Mental e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Eslabão, Adriane Domingues

O cuidado ao usuário de drogas: uma análise das tecnologias presentes no cotidiano do trabalho de uma equipe itinerante. / Adriane Domingues Eslabão.

-- 2016.

128 f.

Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Saúde mental. 2. Reforma dos serviços de saúde. 3. Políticas públicas. I. Pinho, Leandro Barbosa de, orient. II. Título.

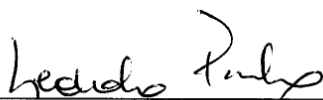
ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO

O Cuidado ao Usuário de Drogas: Uma Análise das Tecnologias Presentes no Cotidiano do Trabalho de uma Equipe Itinerante.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de março de 2016.

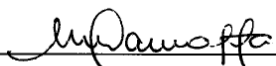
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Presidente da Banca – Orientadora

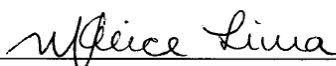
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Márcio Wagner Camatta

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Valéria Cristina Christello Coimbra

Membro da banca

UFPEL

Este trabalho é dedicado à memória do meu irmão Vagner e de todos os jovens que perderam suas vidas pelo moralismo, preconceito e dificuldade que a sociedade tem de lidar com as diferenças e escolhas de vida de cada ser humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu a vida e as belas oportunidades de estudo.

Ao povo brasileiro, que me manteve novamente em uma universidade pública subsidiada pelos seus impostos. Espero sempre contribuir com práticas de cuidado que valorizem o ser humano e as suas histórias de vida.

Ao meu esposo e companheiro Rodrigo pela compreensão, inspiração, carinho e cuidado comigo nos momentos bons e ruins. Te amo.

As minhas famílias: Domingues, Eslabão e Silva, pelo apoio, incentivo e carinho. Amo muito cada um de vocês.

Ao meu orientador, por todo conhecimento compartilhado comigo, pelo seu grande envolvimento no meu mestrado através de suas incansáveis orientações, e, principalmente, pela amizade e incentivo na busca de novos caminhos.

Aos professores Márcio Camatta, Maria Alice Lima e Valéria Coimbra meus agradecimentos por comporem a minha banca de dissertação e contribuírem com o meu aprendizado.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo compartilhamento de novas experiências, conhecimentos e reflexões em relação aos novos modos de cuidado.

As amigas e companheiras de todos os momentos: Suelén, Eliti e Cris; obrigada meninas por fazerem parte desta trajetória.

À minha querida amiga professora Beatriz Franchini pela amizade, escuta, incentivo e ajuda nas minhas indecisões da vida. E também as queridas amigas, Cândida e Michele!!!

Às professoras Valéria Coimbra e Luciane Kantorski, por terem me introduzido no campo da saúde mental e da saúde coletiva, área pela qual eu sou apaixonada.

Aos profissionais da Equipe Itinerante de Saúde Mental, por me acolherem em seus espaços de trabalho e compartilharem comigo novos modos de cuidado em saúde mental. E à toda a rede de saúde mental do município de Viamão pelo espaço cedido a mim em seus serviços!

RESUMO

ESLABÃO, Adriane Domingues. **O cuidado ao usuário de drogas:** uma análise das tecnologias presentes no cotidiano do trabalho de uma equipe itinerante. 2016. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

O presente estudo tem como objetivo a análise das tecnologias presentes no trabalho da Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental do município de Viamão/RS. Para realizar o presente estudo foi utilizado o referencial teórico do processo de trabalho em saúde, articulado ao debate sobre o modo psicossocial. O estudo é de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho, agosto e setembro, através da observação participante, com anotações em diários de campo, análise documental e por meio de uma entrevista semiestruturada. Os participantes do estudo são três profissionais da Equipe Itinerante de Saúde Mental. Para realizar a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, modalidade temática. A análise evidenciou três categorias, a saber: Elementos constituintes do trabalho da equipe itinerante – seu objeto e tecnologias; Organização do trabalho da equipe itinerante; e, Potencialidades e desafios do trabalho da equipe itinerante para a rede de atenção psicossocial. Em relação à primeira categoria, os resultados apontaram para a clareza do objeto de trabalho, sendo este o usuário. O papel da equipe é relativizado como sendo de apoiador das equipes de referência, responsáveis pela inserção dos usuários nos serviços de saúde e pela aproximação e resposta ao judiciário em relação à judicialização da saúde. Em relação às tecnologias de trabalho, são usadas as reuniões de equipe, as visitas domiciliares e outras tecnologias, como as Guias de Encaminhamentos. Na segunda categoria foram identificadas ações de desburocratização das atividades da equipe itinerante, avanços em articulações e intervenções em conjunto com os serviços de referência - com maior abertura dos serviços de saúde mental à equipe itinerante -, e a necessidade de melhores diálogos com o setor judiciário para repensar prazos processuais e sanar dúvidas dos trabalhadores. Na terceira categoria, em relação às potencialidades, os participantes destacam a criação de uma equipe para atuar com o judiciário, a autonomia no processo de trabalho e abertura para trabalho em conjunto com a atenção básica e o CAPS AD. Já em relação aos desafios, são destacadas: a dificuldade de encontrar o usuário em sua casa, a mediação de conflitos familiares e as questões relacionadas ao tráfico, à violência e ao preconceito da sociedade com o usuário. Deste modo, acredito que o estudo possa contribuir no processo de reforma psiquiátrica ao propor novos modos de cuidado no território a partir da criação de equipes itinerantes.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma dos serviços de saúde. Políticas públicas.

ABSTRACT

ESLABÃO, Adriane Domingues. **The care for the drug user: an analysis of the technologies present in the daily life in the work of an itinerant team.** 2016. 128 f. Dissertation (Master in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

The present study aims the analysis of the technologies present in the work of an Itinerant Team from the Mental Health Network in the city of Viamão-RS. In order to carry out the present study, a theoretical benchmark of the process in health work was used, linked to the debate on psychosocial level. It is a qualitative approach study, similar to a case study. The data was collected in the months of July, August and September, through the participating observation with note taking in field diaries and through semi structured interview. The study participants are three professionals from the Itinerant Team of mental health. To analyze the data we used the content analysis, thematic review. The analysis highlighted three categories, which are: Elements members of the itinerant working team - their purpose and technologies; Organization of the itinerant working team and potentials and challenges of the itinerant working team for the network of psychosocial attention. Concerning the first category, results pointed out for the clearness of the working object, that is, the user. The role of the team is seen as a supporting one for the reference teams, responsible for introducing the users in the health services and approximation and response to the judicial power concerning the judicialization of health. Concerning the working technologies, we used the team meetings, the visits and the new technologies as Referral Guidelines. In the second category, debureaucratization actions of the itinerant team activities were identified as well as advances in connections and interventions with the reference services – with bigger access of mental health services for the itinerant team – and the need of better dialogues with the judicial power to rethink procedural deadlines and solve doubts of the workers. In the third category, concerning the potentials: the participants highlight the creation of a team to work with the judicial power, the autonomy in the working process and the opening of joint work with the basic attention and the CAPS AD. The challenges are highlighted concerning the difficulty to find the user at home, the mediation of family conflicts and the issues involving traffic, violence and prejudice from the society against the user. Thus, I believe this study can contribute in the process of psychiatric reform when it proposes new ways to care for in the territory based on the creation of itinerant teams.

Keywords: Mental health. Health care reform. Public policies.

RESUMEN

ESLABÃO, Adriane Domingues. **El cuidado al usuario de drogas:** un análisis de las tecnologías presentes en el cotidiano del trabajo de un grupo itinerante. 2016. 128 f. Tesina (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

El presente estudio tiene como objetivo el análisis de las tecnologías presentes en el trabajo del Grupo Itinerante de la Red de Salud Mental del municipio de Viamão-RS. Para realizar tal estudio fue utilizado el referencial teórico del proceso de trabajo en salud, articulado al debate sobre el modo psicosocial. El estudio es de abordaje cualitativo, tipo estudio de caso. La recolección de los datos ocurrió en los meses de julio, agosto y septiembre, a través de la observación participante con apuntes en diarios de campo y por medio de una entrevista semiestructurada. Los participantes del estudio fueron los tres profesionales que componen el Grupo Itinerante de la Red de Salud Mental del municipio de Viamão-RS. Para realizar el análisis de los datos fue utilizado el análisis de contenido modalidad temática. El análisis evidenció tres categorías, a saber: Elementos constituyentes del trabajo del grupo itinerante – su objeto y tecnologías; organización del trabajo del grupo itinerante y Potencialidades y desafíos del trabajo del grupo itinerante para la red de atención psicosocial. Sobre la primera categoría, los resultados señalaron la claridad del objeto de trabajo, siendo éste, el usuario. El papel del grupo es relativizado como siendo de apoyador de los grupos de referencia, responsables por la inserción de los usuarios en los servicios de salud y por la aproximación y respuesta al judicialario en relación a la judicialización de la salud. En relación a las tecnologías de trabajo, son usadas las reuniones de grupo, las visitas domiciliarias y otras tecnologías, como las Guías de Encaminamientos. En la segunda categoría fueron identificadas acciones de desburocratización de las actividades del grupo itinerante, avances en articulaciones e intervenciones en conjunto con los servicios de referencia – con mayor apertura de los servicios de salud mental al grupo itinerante -, y la necesidad de mejores diálogos con el sector judicialario para repensar plazos procesuales y sanar dudas de los trabajadores. En la tercera categoría, en relación a las potencialidades, los participantes señalan la creación de un grupo para actuar con el judicialario, la autonomía en el proceso de trabajo y apertura para trabajo en conjunto con la atención básica y CAPS AD. Ya cuanto a los desafíos, son señalados: la dificultad de encontrar el usuario en su casa, la mediación de conflictos familiares y las cuestiones relacionadas al tráfico, violencia y prejuicio de la sociedad con el usuario. De este modo, creo que este estudio pueda contribuir en el proceso de reforma psiquiátrica al proponer nuevos modos de cuidado en el territorio a partir de la creación de grupos itinerantes.

Palabras clave: Salud mental. Reforma de la atención de salud. Políticas públicas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MP	Ministério Público
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
ONG	Organização não governamental
OTAB	Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01	48
Quadro 02	49
Quadro 03	50
Figura 01	Mapa de bairros do município de Viamão	53
Quadro 04	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos Específicos	20
3	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	21
3.1	O movimento da reforma psiquiátrica e a construção de novos modelos para o trabalho em saúde mental	21
3.2	O cuidado ao usuário de drogas: na perspectiva da itinerância	29
4	REFERENCIAL TEÓRICO	36
4.1	As relações entre o trabalho e o homem	36
4.2	Processo de trabalho em saúde	39
5	METODOLOGIA	45
5.1	Caracterização do estudo	45
5.2	Campo e participantes do estudo	45
5.3	Coleta de dados	46
5.4	Análise dos dados	47
5.5	Considerações éticas	51
6	O CONTEXTO INSTITUCIONAL INVESTIGADO	53
6.1	Informações gerais sobre o município	53
6.2	O sistema de saúde de Viamão	54
6.3	O sistema de saúde mental	55
6.3.1	A Equipe Itinerante	58
7	ELEMENTOS CONSTITUINTES DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE – SEU OBJETO E TECNOLOGIAS	62
7.1	Objeto de trabalho da equipe itinerante	63
7.2	Tecnologias implicadas no processo de trabalho da equipe itinerante	70
7.2.1	Guias de Encaminhamento	70
7.2.2	Atos da Vida Civil	73
7.2.3	Visitas Domiciliares	75
7.2.4	Internação Psiquiátrica	77

7.2.5	Reunião de Equipe	79
8	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE	83
8.1	Funcionamento e organização do trabalho da equipe itinerante	83
8.2	Articulação intersetorial: a relação da equipe itinerante com o poder judiciário e seus desdobramentos	89
9	POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	95
9.1	O trabalho em rede da equipe itinerante: entre desafios e potencialidades	95
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICE A - Roteiro da observação de campo	117
	APÊNDICE B - Diário de campo	119
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada	120
	APÊNDICE D – Autorização da Secretária Municipal de Saúde de Viamão para a execução da pesquisa	121
	APÊNDICE E - Carta de apresentação ao comitê de ética em pesquisa	123
	PÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
	APÊNDICE G – Autorização da Secretária de Saúde Mental para análise documental da política de Saúde Mental de Viamão/RS	125
	ANEXO A - PARECER DO CONEP	126

1 INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira nasceu como uma proposta que tinha a intenção de negar a instituição manicomial como *locus* de cuidado e de criticar sua centralidade em um paradigma sustentado pela psiquiatria tradicional, de caráter excludente. Também possibilitou repensar o deslocamento das práticas de cuidado para serviços abertos e na comunidade, o entrecruzamento de saberes e práticas interdisciplinares e transdisciplinares, e o fortalecimento da premissa de que as ações devem contemplar as necessidades de saúde do sujeito. Estas características fundam um novo modelo, chamado psicossocial (HIRDES, 2009a; YASUI, 2010).

A luta do movimento de reforma psiquiátrica vinha ao encontro da substituição do modelo homogêneo asilar, que tem como objeto de trabalho o indivíduo doente e que nega a subjetividade do sujeito e o seu espaço no tratamento. Nesse modelo, o indivíduo é isolado da sua família, que passa a ser acionada apenas para fins pedagógicos e assistenciais. Como repercussões desse modelo, também havia ausência de comunicação entre a equipe, sendo os prontuários os instrumentos de trabalho. Assim, os sujeitos eram vistos a partir da doença, e não se pensava em outra possibilidade que não fosse o hospital psiquiátrico como cenário para ocorrer a cura (ROSA, 2003).

Já no modo psicossocial são considerados os determinantes políticos e biopsicossociais, como o renascimento de uma perspectiva que vai além da doença, ou seja, que enxerga o sofrimento psíquico e as demais características que fazem parte da história do sujeito. Nesse modelo, o sujeito é peça fundamental na participação do tratamento e a família deve ser incluída no cuidado, pois é parceira. Não se espera a cura da doença, mas a reintegração do sujeito na comunidade com os seus momentos de sofrimento como partes de sua existência humana. Os meios de trabalho do modo psicossocial são outros, envolvendo psicoterapias, socioterapias, laborterapias, dispositivos de reintegração social - como as cooperativas de trabalho -, dando ênfase à autonomia e ao protagonismo do usuário (ROSA, 2003).

No modo psicossocial se considera a importância de uma rede de serviços de base territorial e articulada. Dela fazem parte Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Equipes de Consultório na Rua, Equipes de Redução de

Danos, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos psiquiátricos em hospital geral, entre outros, que devem garantir o cuidado, sendo corresponsáveis por ele. Além disso, são preconizadas ações intersetoriais¹ como modo de garantir a integralidade (BRASIL, 2011), o que, sob meu ponto de vista, traz desafios para os saberes e práticas na saúde mental e na organização dos serviços.

Entendo que esse deslocamento provocado pela reforma e pelo modo psicossocial evidencia que o cuidado deve acontecer no território de moradia do sujeito, havendo uma preocupação com a interface dos recursos presentes nestes espaços e a valorização das relações sociais e familiares da pessoa. Se por um lado trouxe desafios à organização das práticas, por outro deu maior liberdade aos profissionais da saúde mental para investir e inventar novos modos de cuidar. É nesse sentido que, como algo inovador e compatível com as premissas do modo psicossocial, surgem equipes itinerantes.

Vale ressaltar que, apesar das inovações e de certa liberdade institucional para criar, ainda somos constantemente influenciados pelo modelo hegemônico e capitalista de produção de trabalho, que nos fragmenta e nos faz enxergar o sujeito pela via da compartimentalização. Mas julgo necessária a construção de novos modos ampliados de fazer² o cuidado em saúde mental. E, com isso, nasce meu interesse em conhecer não somente o funcionamento de uma equipe itinerante, mas também que tecnologias, dentro dos saberes e práticas dessa equipe, são utilizadas nessa produção de cuidado.

O termo itinerância pode ser compreendido como sendo o caminho realizado no encontro com o usuário e os movimentos necessários do profissional para que acompanhe o sujeito na comunidade, fortalecendo sua identidade no seu território. Além disso, a itinerância também é compreendida como a abertura de novos pensamentos frente às complexidades que surgem na prática do cuidado (GUILHERME NETO et al., 2004 apud LEMKE; SILVA, 2011).

Para Lemke e Silva (2011) é possível decompor o conceito de itinerância em três fases distintas: 1) O movimento realizado para o encontro do usuário, o próprio

¹ É preciso trabalhar a intersectorialidade como importante diretriz que promove a integração intrasetorial da rede de saúde com a intersectorial; isto é: com os serviços fora do setor saúde, para promover a consolidação do cuidado. A intersectorialidade é uma ação de articulação com outras políticas que juntas possibilitam resultados positivos na área da saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011).

² Para evitar as amarras referentes aos diferentes conceitos da palavra “clínica”, optei por usar o termo “modo ampliado de fazer”, conforme foi usado por Pinho et al. (2014).

ato de ir; 2) Os movimentos realizados pelos profissionais ao acompanhar o usuário no processo de identificação e fortalecimento de pertencimento a um território; 3) O movimento de desestabilização que ocorre no profissional ao percorrer e desenhar novos caminhos produzidos no pensamento e no real social.

Portanto, acredito na potencialidade do modo itinerante de produzir o cuidado e na sua importância para as políticas públicas de saúde mental. E é nesta proposta de itinerância que julgo ser relevante destacar a minha passagem e experiência em uma Equipe de Redução de Danos, a qual tinha esse perfil itinerante como ferramenta de promoção de encontro com o usuário para a produção de cuidado de pessoas em sofrimento psíquico por problemas relacionados ao consumo de drogas.

A minha passagem por um Programa de Redução de Danos durou sete meses e foi realizada no ano de 2013. Na época já tinha o meu título de enfermeira, no entanto, atuei neste como Agente Redutora de Danos. Nas atividades que realizei no programa destaco que praticamente todas foram de forma itinerante, levando-me a um grande movimento de desestabilização do meu pensamento, visto que o olhar do profissional no território se amplia enormemente, exigindo uma prática de cuidado ampla e muito diferente das que surgem no cotidiano dos serviços de saúde.

Este Programa de Redução de Danos já tinha uma experiência de dez anos, com um conhecimento grande do seu território de ação. Nos territórios em que trabalhei pelo programa pude compreender que há realidades delicadas de vida e negligenciadas pela sociedade e, em muitos casos, na primeira aproximação com o usuário é possível compreender o porquê do uso de drogas³ e ao mesmo tempo quais os caminhos e ferramentas necessárias para realizar o processo de trabalho no cuidado.

Neste sentido, ao iniciar um trabalho de busca ativa no território de vida dos sujeitos, as práticas itinerantes estarão inscritas em um campo de tensões no qual o profissional é convocado a agir como uma peça do aparelho de Estado, controlando a população, ou como um profissional aberto para a construção de novos modos de cuidar e agir em saúde que favoreça os modos de vida dos usuários. O profissional se encontra em um ponto estratégico para tais ações (LEMKE; SILVA, 2011). Logo, acredito que meu envolvimento nesse trabalho esteve pautado na lógica de que era

³ O termo “uso de drogas” será usado neste estudo para fazer menção ao consumo prejudicial de alguma substância psicoativa.

preciso primeiro compreender a relação que o usuário tem com as necessidades de sua vida para poder compreender o poder da relação estabelecida entre ele e a droga.

Nesta perspectiva, posso apontar que encontrei territórios com grande vulnerabilidade social, nos quais muitas pessoas vivenciam tantas dificuldades que a droga acaba sendo uma fonte de prazer ou objeto de fuga frente ao sofrimento humano. Assim, nas ações realizadas, nos encontros com usuários e famílias, os pedidos por cuidado eram provenientes de mães de usuários de drogas, mães usuárias de drogas, esposas de usuários de drogas e, claro, alguns usuários e usuárias de drogas propriamente ditos.

Os pedidos iniciavam pela solicitação de ajuda ao familiar, mas rapidamente eram estendidos para as necessidades de melhorias nas condições de vida da família. As pessoas pediam, por exemplo, uma casa digna para morar, alimentação para os filhos, psicóloga, escola e creches, entre tantas outras coisas que não estavam diretamente ligadas ao consumo da substância, mas que podiam ser um motivador para o uso prejudicial.

Nesta lógica, focando o usuário e a família, foi possível visualizar que a droga nem sempre era o principal problema, mas sim a carência de afeto e de vínculo familiar e a falta de condições mínimas para a sobrevivência humana, na qual muitas famílias estão inseridas. Este cenário é de suma importância para repensar o modelo assistencial em saúde mental e as tecnologias atreladas a ele que repercutem no trabalho dos profissionais. Isso porque é preciso visualizar essas histórias e, junto com as pessoas, caminhar na rede de cuidados para garantir uma melhor qualidade de vida dos sujeitos e famílias.

Para uma equipe que se propunha a reduzir os danos causados pela droga, era também um desafio pensante: nem sempre reduzir o dano da droga em si, mas principalmente os danos daquilo que incomodava as pessoas, de acordo com o que elas pensam. E o resultado, em alguns casos, foi recompensador: um jovem que tinha parado de estudar voltou para os estudos através de cursos profissionalizantes e, depois, ao ensino normal na escola pública; uma mãe que dormia no chão com os filhos em condições precárias é contemplada com uma casa digna para morar por meio dos programas oficiais do governo federal; uma mãe que retornou com a filha ao tratamento do HIV; e tantas outras situações que careciam acolhimento, escuta e preocupação.

Portanto, o trabalho do profissional - e principalmente daquele que se propõe a fazer itinerância - é o de ser comprometido, ouvir, escutar, fazer vínculo e focar nas necessidades de vida do sujeito, no sofrimento que este descreve para, juntos, trabalhar para uma melhor qualidade de vida. É focar sempre o sujeito e juntos caminhar na rede, pois há necessidades e desejos de vida que só é possível contemplar tecendo redes formais e informais. Uma experiência desafiadora e também exitosa e muito rica.

Nesta perspectiva, percebo a relevância de constituir um corpo de conhecimentos e práticas diferenciadas dos modelos tradicionais, já que, para Mehry, Franco e Magalhães (2003), o trabalho em saúde ainda ocorre de forma partilhada, desconhecendo o sujeito, sua singularidade, história de vida e suas necessidades, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

Deste modo, em busca de aprofundamento teórico, me inseri no Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neste espaço tive contato com a pesquisa “Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de *crack*”⁴, coordenada pelo Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho. Essa pesquisa foi de imensa valia para o meu conhecimento em relação à rede do município de Viamão (RS), às políticas públicas de saúde mental e à ideia da importância de processar novos modos de cuidar na área.

Deste modo, reitero que as conquistas no âmbito da saúde mental possibilitaram o protagonismo de muitos agentes sociais, além de considerarem a relevância da diversificação de oportunidades e estratégias de cuidado que possam contemplar algo mais singular, que seja do cotidiano de vida das pessoas. E esse contexto trouxe, em uma espiral, novos requisitos ao modelo inovador e criativo propostos para os serviços, desacomodando a clínica em saúde mental, além de poder oferecer, por meio dessa relação, uma cesta de tecnologias diferenciadas aos trabalhadores, com vistas a um cuidado diferente.

⁴ É importante observar alguns resultados relevantes desta pesquisa para a proposta de um trabalho itinerante. Os participantes salientam que há dificuldades de diálogo em alguns pontos da rede intersetorial, como o Ministério Público, Brigada Militar e SAMU. Há necessidade de investir na articulação dos serviços da rede e de implantar mais equipes de redução de danos para atender às pessoas em situação de rua e de conhecimento do território e trajetórias do usuário de *crack* (PINHO et al., 2014).

É importante observar que a definição do termo tecnologia não se restringe a equipamentos e máquinas como corriqueiramente é traduzida, mas a um modo de saber/fazer e “ir fazendo”; ou seja, um modo de construção e produção de saberes singulares, que implicam cuidado ao sujeito e organização das ações humanas que dão sentido à utilização de equipamentos, quando necessário. Desse modo, tecnologias incorporam saberes relacionais, que são mutáveis, mas que são acompanhados de saberes mais estruturados, vindos de uma clínica mais tradicional (MERHY, 2002; 2007).

As tecnologias são os saberes operados no ato de sua execução, ou seja, tudo aquilo que o trabalhador compreende, processa e transfere de conhecimentos para o campo da prática. Para o autor, as tecnologias podem ser: duras, quando se referem aos equipamentos utilizados pelas equipes; leve-duras, quando há a interlocução com saberes estruturados, como a clínica, a epidemiologia; e leves, entendidas como a tecnologia das relações, que ocorrem no espaço entre o trabalhador e o sujeito. São tecnologias que podem gerar alterações positivas no ato do cuidado por serem acolhedoras, focadas no vínculo com o indivíduo, na resolutividade e na autonomia (MERHY, 2007).

É com essa intenção que busco, com este estudo, conhecer parte do processo de trabalho desenvolvido por uma equipe itinerante de Viamão. Um trabalho focado em tecnologias que podem ser capazes de fazer a diferença em saúde mental, ao mesmo tempo em que também podem nos fazer refletir sobre os seus desafios no contexto da atenção psicossocial. Trata-se, além disso, de uma possibilidade de dar continuidade à minha caminhada para a compreensão de novos modos, olhares e possibilidade de cuidado das pessoas com sofrimento psíquico ou problemas relacionados ao uso de drogas.

Portanto, espero que o estudo auxilie na formulação e reformulação de novas estratégias para a melhoria do cuidado. Deste modo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: **“Quais as tecnologias presentes no cotidiano do trabalho de uma equipe itinerante em saúde mental do município de Viamão/RS?”**. Para

a compreensão do assunto, será utilizada a fundamentação teórica do processo de trabalho em saúde⁵ e os conceitos atrelados ao modo psicossocial.

Tenho como **pressuposto** que as tecnologias de trabalho fortaleçam as ações em saúde mental, dentro das premissas de cuidado em liberdade, autonomia e protagonismo dos sujeitos, como defendido pela atenção psicossocial. Nesse sentido, o modo itinerante parece ser uma proposta inovadora em saúde mental, que, ao mesmo tempo em que traz novas modelagens assistenciais, também imprime desafios ao processo de trabalho das equipes na produção de cuidado.

⁵ Dentro da linha teórica do processo de trabalho em saúde e para a problematização do conceito de tecnologia, utilizarei conceitos desenvolvidos por autores como Denise Pires, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Emerson Elias Mehry, entre outros.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as tecnologias presentes no trabalho da Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental do município de Viamão-RS.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as tecnologias usadas pelos trabalhadores da equipe itinerante para o cuidado de usuários de drogas;
- b) Analisar os desafios e as potencialidades do trabalho da equipe itinerante para o cuidado ao usuário de drogas.

3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

3.1 O movimento da reforma psiquiátrica e a construção de novos modelos para o trabalho em saúde mental

A psiquiatria e o manicômio surgem em uma época de reconstituição da ordem democrática contemporânea, para tratar dos alienados que eram atendidos em hospitais e albergues para pobres. Os hospitais psiquiátricos foram instituídos tendo como discurso da sociedade e da ciência que o doente mental seria uma pessoa perigosa, irresponsável e sem direitos (DESVIAT, 1999). Neste sentido, os hospícios e as práticas terapêuticas são organizados de acordo com o seu sistema socioeconômico histórico, não sendo a ideologia médica responsável por induzir determinadas práticas terapêuticas, mas o momento social que a sociedade vivencia (BASAGLIA, 1995).

Assim, o manicômio configurou-se em verdadeiros espaços de segregação, preconceito e exclusão social, no qual as pessoas em sofrimento psíquico eram tratadas como perigosas, sem valor existencial, incapazes de exercer seus direitos de cidadania e, conseqüentemente, sem poder de manifestação social frente aos maus tratos dentro desta instituição (GUEDES, 2010). Nos espaços asilares muitas pessoas acabavam morrendo por falta de cuidado, principalmente em períodos de guerras e de crises econômicas.

Neste sentido, os movimentos sociais e civis, após a Segunda Guerra Mundial, possibilitaram um olhar criterioso para todos os espaços promotores de segregação e maus tratos, e o asilo era um destes lugares, pois tinha semelhança com campos de concentração de guerra. Assim as reformas psiquiátricas pelo mundo foram inspiradas (COUTO; ALBERTI, 2008).

Nesta perspectiva, os movimentos de reforma psiquiátrica no mundo ocidental iniciaram como propostas para redimensionar o cuidado psiquiátrico, com as seguintes iniciativas pioneiras: na Inglaterra, nascem as Comunidades Terapêuticas⁶

⁶ A experiência de Maxwell Jones em 1959 é consagrada e delimita o termo Comunidade Terapêutica como uma série de experiências em um hospital psiquiátrico a partir de novos processos de reformas institucionais, chamando a atenção da sociedade para a deprimente vida dos asilados nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

preconizadas por Maxwell Jones; na França, a Psicoterapia Institucional⁷ ou Coletivo Terapêutico de François Tosquelles e as experiências da Psiquiatria de Setor⁸; e nos Estados Unidos, com o surgimento da Psiquiatria Preventiva⁹, ambas com o objetivo de diminuição das doenças mentais e a promoção do estado de saúde mental. Também outros movimentos se dispuseram, mais no sentido de causar uma ruptura com a instituição asilar, como a Antipsiquiatria¹⁰ na qual foram implantadas novas experiências de comunidades terapêuticas, e a Psiquiatria Democrática, na Itália (AMARANTE, 2007, 1995).

Apesar de o espaço asilar ser o foco dos primeiros movimentos reformadores na tentativa de qualificar este local e torná-lo terapêutico para o cuidado, era impossível constituir um corpo de conhecimentos e práticas em cenários que considerassem o indivíduo como um ser perigoso, imoral e sem direitos. Por isso, era importante rediscutir o papel do manicômio nesta constituição, inclusive as possibilidades de superá-lo, juntamente com a ideologia psiquiátrica tradicional que o sustentava.

É a partir de uma experiência inovadora nascida na Itália, com Franco Basaglia nos anos 1970, que houve a mais recente das transformações no âmbito da saúde mental, referência para o processo de reforma brasileira. A primeira ação de reforma de Basaglia foi no Hospital Psiquiátrico de *Gorizia*, quando tentou transformar o mesmo em um *locus* de efetivo tratamento e reabilitação. Porém observou que não eram possíveis tais transformações dentro de um hospital psiquiátrico sem que se iniciasse um processo de negação da psiquiatria enquanto ideologia (AMARANTE, 2007; 1995).

⁷ A experiência de François Tosquelles data de 1940, quando realizou a transformação de um asilo rural em um hospital psiquiátrico de *Saint-Alban*, tendo neste processo radicais transformações. Ele compreende que há a necessidade de reformulação da instituição psiquiátrica para promover o cuidado (DESVIAT, 1999).

⁸ Esta experiência é inspirada por Bonnafé em 1945, na qual se tenta romper com a centralidade do cuidado no hospital psiquiátrico através de ações descentralizadas e divididas por pequenas zonas e com uma variedade de ações comunitárias (DESVIAT, 1999).

⁹ Esta experiência ocorreu em 1955, após a realização de um censo que apontou as precárias condições assistenciais, violência e maus tratos à pessoa em sofrimento psíquico dentro dos asilos. O objetivo dessa experiência era de reduzir as doenças mentais no *habitat* da pessoa e, principalmente, promover o bem estar mental (AMARANTE, 2007; 1995).

¹⁰ A experiência de Antipsiquiatria foi proposta por Ronald Laing e David Cooper nas décadas de 1950 e 1960 na Inglaterra. Nesta experiência foram implantadas comunidades terapêuticas e de Psicoterapia Institucional, sendo que este modelo não reconhecia a doença mental e sim uma determinada experiência do sujeito (AMARANTE, 2007; 1995).

Para ele, a violência é tributária direta das instituições, sendo esta uma condição fundamental para a contínua efetivação do hospital psiquiátrico. Assim, a instituição tem uma função meramente adaptativa e maquilada por um discurso respaldado no campo médico, que reduz a uma causalidade biológica o sofrimento psíquico. Basaglia rompe com as experiências anteriores ao criticar incondicionalmente a violência praticada aos internos no modelo asilar e o caráter antiterapêutico do manicômio (COUTO; ALBERTI, 2008).

Deste modo, a experiência de transformação radical da instituição asilar ocorreu na década de 1970, quando Basaglia fecha um grande hospital psiquiátrico em *Trieste*, na Itália, e inicia a criação dos serviços substitutivos em saúde mental, como os Centros de Saúde Mental no território dos sujeitos, sem referenciar as pessoas para o asilo, cria cooperativas de trabalho, casa para ex-alienados, oficinas de músicas e teatro, enfim uma série de ações voltadas para a inclusão social e a busca de cidadania e a liberdade (AMARANTE, 2007; 1995).

A proposta foi de criar uma estratégia terapêutica na comunidade através de serviços alternativos no espaço de vida dos sujeitos, em que as relações de poder ocorressem de forma horizontalizada na perspectiva de construir redes de cuidado (ANDRADE; COSTA-ROSA, 2014). A Psiquiatria Democrática de Basaglia rompe definitivamente com o padrão hospitalocêntrico, o qual tinha como modo de cuidado um trabalho centrado na doença, valorizando os aspectos biológicos e a utilização da segregação como modo de tratamento.

A experiência italiana promoveu uma ruptura psiquiátrica ao construir novos paradigmas de cuidado que deixam de centrar a ação no problema-solução/médico-biologicista para o modelo da complexidade/biopsicossocial; um novo foco de cuidado no sujeito em sofrimento em relação ao corpo social e não à doença mental; e um novo objetivo cultivado, entendido como a eliminação de sintomas nos processos de produção de vida, de sentido e de sociabilidade. É compreendido que, além de psicótico, o sujeito possui muitas coisas em sua vida que precisam ser levadas em consideração (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica é inspirado pela reforma italiana de Basaglia, almejando um cuidado em liberdade em serviços abertos e o fechamento das instituições manicomiais. A reforma brasileira é considerada um movimento social que iniciou no final dos anos de 1970, com importante fortalecimento na década de 1980 se consolidando, enquanto, política pública de

saúde mental, nos anos de 1990 (YASUI, 2010). Além disso, a reforma psiquiátrica possui estreita relação com a Reforma Sanitária Brasileira¹¹.

Deste modo, a luta pela transformação da assistência em saúde mental no Brasil teve a ação de dois movimentos sociais que coexistem e estão articulados. Um deles é o movimento antimanicomial, que luta pelo fim do preconceito, pela defesa da autonomia e da inserção dos usuários na sociedade civil, sendo este movimento representado por trabalhadores da área, usuários dos serviços e seus familiares. O outro é o movimento de reforma psiquiátrica, que luta por interesses populares e democráticos tendo como articuladores as instituições universitárias, a gestão estatal e os trabalhadores (VASCONCELOS, 2010).

Assim, os movimentos de reforma psiquiátrica tensionam reflexões que promovem a crítica e a mudança de modelos de cuidado em saúde mental, possibilitando uma ruptura epistemológica. Esta ruptura vem possibilitando experiências inovadoras de cuidado contra-hegemônico, modificações em normas legais e mudanças no campo sociocultural (YASUI, 2010).

Para Amarante (2007), o processo de Reforma Psiquiátrica possui quatro dimensões fundamentais, sendo estas:

Primeira: é a dimensão conceitual compreendida como a ação de desconstrução de conceitos fundamentais da psiquiatria, como a ideia de doença proposta por esta.

Segunda: é a dimensão técnico-assistencial, compreendida como o movimento entre a prática e a teoria na construção de ações de cuidado que possibilitem um olhar ampliado e com foco na resolução das necessidades em saúde da pessoa.

Terceira: é a dimensão jurídico-política, que diz respeito ao desafio de rever toda a legislação em saúde mental, pois estão repletas de referências nocivas ao sofrimento psíquico.

Quarta: é a dimensão sociocultural, a mais criativa e reconhecida, pois contempla o envolvimento da sociedade na reflexão do tema loucura, doença

¹¹ A Reforma Sanitária Brasileira iniciou na década de 1970 em um cenário econômico e político delicado, fazendo emergir novos sujeitos sociais com interesses e visões de mundo que aperfeiçoaram o projeto de reforma sanitária. Os grupos enfrentavam o regime ditatorial denunciando o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do estado e dos seus aparelhos (PAIM, 2009).

mental, hospital psiquiátrico, tendo como autores os próprios usuários, a família, técnicos e voluntários que se utilizam de sua produção artística e cultural.

Neste sentido, acredito que a reforma psiquiátrica enquanto movimento social em saúde ocorre diariamente na construção de novas práticas de cuidado em liberdade, no território do sujeito, valorizando as relações familiares e sociais, lutando pelos direitos de cidadania do sujeito e negando a instituição asilar como *locus* de cuidado.

Os novos modos de olhar e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico são compreendidos como práticas em saúde que devem ocorrer de forma itinerante, ou seja, percorrendo o território do sujeito e realizando pontes com outras regiões e redes para contemplar o cuidado. Desta forma, é preciso desenvolver alternativas de trabalho para sair dos muros dos serviços e conhecer as realidades de vida da pessoa para contemplar as reais necessidades de saúde.

Deste modo, utilizo o seguinte conceito de território: “Território é aqui entendido não apenas como a configuração de um espaço geográfico, mas refere-se às forças vivas de cada comunidade, com sua cultura, seus problemas, suas prioridades e potencialidades locais” (YASUI, 2010, p.102). É preciso conhecer estes espaços para compreender os modos de vida dos sujeitos e suas necessidades em saúde.

Nesta perspectiva, o processo de reforma brasileira se fortaleceu nos anos de 1990 a partir da invenção e comprometimento de atores sociais que fortalecem novos modos de cuidado e atenção à pessoa em sofrimento psíquico e à implantação de novos serviços de saúde mental. As conquistas foram marcadas por processos de luta que visavam uma sociedade melhor e com o fechamento de espaços de segregação e de maus tratos, como os hospitais psiquiátricos (YASUI, 2006).

Os serviços que surgiram com o avanço da reforma no Brasil, inicialmente, foram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)¹² e os Centros de Atenção

¹² Os NAPS foram instituídos no final da década de 1980, inicialmente na cidade de Santos, como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico da cidade, a “Casa de Saúde Anchieta”. O NAPS possui como objetivo, bem como os CAPS, o cuidado em liberdade e em serviços territoriais a pessoas em sofrimento psíquico (KODA; FERNANDES, 2007).

Psicossocial¹³ (CAPS). A partir de 1986, este último é considerado como uma estrutura terapêutica e intermediária entre a vida na comunidade e a internação hospitalar. Os CAPS são referência para o cuidado de pessoas com sofrimento mental grave e egressos de internações psiquiátricas, devendo acompanhá-los em suas necessidades pelo sistema de saúde (PITTA, 1994). Os CAPS configuram-se em importantes serviços de referência para as práticas desinstitucionalizantes em saúde mental.

O primeiro CAPS criado no Brasil foi no centro da cidade de São Paulo e foi denominado de Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Teve como princípios de organização: um cuidado personalizado a pessoa em sofrimento; abordagem microsocial incluindo a família e as questões de trabalho, escola, vizinhança; a estimulação a participação de atividades de expressão artística, atividades dentro e fora dos serviços; incentivos à inserção em programas de moradias entre outras atividades importantes para uma vida de qualidade (PITTA, 1994).

Assim, as práticas de cuidado propostas pelo avanço dos movimentos sociais são compreendidas como atividades de cuidado personalizado que possibilitem relações saudáveis entre usuários e trabalhadores pautadas no acolhimento, no vínculo, no respeito e na responsabilização de cada profissional envolvido na atenção. Este cuidado deve possibilitar ações dirigidas às relações familiares e sociais do usuário, comprometimento com a construção de projetos de inserção social e de cidadania (BRASIL, 2002). O cuidado pautado nesta prática possibilita reconhecer o sujeito enquanto ser humano de existência/sofrimento que precisa ser cuidado como qualquer outra pessoa.

Neste sentido, as conquistas no cenário brasileiro podem ser percebidas, ainda, pelas Portarias 189/1991 e 224/1992 que dispõem sobre as diretrizes que devem nortear o cuidado em saúde mental como, por exemplo, os princípios de universalidade e a integralidade das ações nos diferentes níveis de atenção nos serviços de saúde. A Portaria 224/1992 foi atualizada pela Portaria 336/2002, a qual estabelece as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e as

¹³ A denominação Centro de Atenção Psicossocial é originária de Manágua, na Nicarágua. Em 1986, em pleno contexto revolucionário, o CAPS despontava como serviço com características inovadoras e criativas, possuindo reconhecido comprometimento no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico (PITTA, 1994).

ações que devem ser desempenhadas por estes serviços (BRASIL, 1991, 1992, 2002a).

A lei 10.216¹⁴ de 2001 é outra importante conquista da reforma, pois fortalece a mudança de paradigma do modelo assistencial tradicional para um modelo ampliado em saúde, com a formação de uma rede de serviços abertos e o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos. A lei estabelece a implantação dos CAPS, atendimento ambulatorial, internação em hospital geral, entre outros espaços de cuidado, configurando-se, assim, uma rede de saúde mental. Além disso, a referida lei dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtorno mental (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou um cuidado ampliado em saúde mental com um olhar apurado para a complexidade das necessidades em saúde da pessoa em sofrimento psíquico. E para dar visibilidade às necessidades do sujeito é que a rede se constitui enquanto cenário do modo ampliação de fazer, em um processo transformador dos novos modos de fazer e saber em saúde mental.

Observo, ainda, que a ampliação da clínica é compreendida pela ação de criar e inventar espaços e serviços que promovam encontros renovadores com o usuário em cada momento de cuidado, pois cada história de vida apresenta a sua complexidade, subjetividade e suas constantes mudanças. Esta clínica se torna possível porque o objeto de cuidado não é mais a “doença”, mas o sujeito (ROTELLI; LONARDIS; MAURI, 2001).

Assim, no ano de 2011 a Rede de Saúde Mental foi reorganizada pela Portaria 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A RAPS é constituída por sete componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

¹⁴ O projeto de lei do deputado Paulo Delgado foi criado em 1989 sob a Lei de nº 3.657/89 que ficou 12 anos em tramitação no Senado Federal sendo aprovada em 2001 sob a Lei Federal de nº 10.216, após modificação no seu texto original como, por exemplo, o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos ao invés do fechamento dos hospitais psiquiátricos (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Estes componentes possuem serviços estratégicos que “organizam” a rede de saúde, como: Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Consultório na Rua, Centros de Atenção Psicossocial, leitos de urgência e emergência, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil e Adulto, enfermarias especializadas em saúde mental no Hospital Geral, Serviços Residenciais Terapêuticos, ações de caráter intersetorial entre outros serviços e ações que possibilitam o cuidado (BRASIL, 2011).

A reorganização da rede reafirma que as práticas de cuidado devem ocorrer no território de cada sujeito e de forma itinerante, tornando-se necessário investir neste cenário. Neste sentido, ressalto a importância da modificação dessa rede ao dar visibilidade à pessoa em uso abusivo de drogas psicoativas, pois estas foram historicamente tratadas com práticas reducionistas, moralistas e preconceituosas, negando-se um olhar singular ao seu sofrimento psíquico.

Deste modo, os serviços substitutivos, como os CAPS, são importantes espaços de socialização e cuidado de pessoas com transtorno mental. Antunes e Queiroz (2007) observam que o processo de reforma psiquiátrica possibilita e conduz seus atores sociais, como os trabalhadores de saúde mental, a reproduzir novas práticas de cuidado. Estas práticas são enriquecedoras e ocorrem através de um trabalho interdisciplinar, que apenas tornou-se possível pela ação em campos abertos de conhecimento.

Neste sentido, pela complexidade do cuidado em saúde, a rede precisa ser percebida, também, como dispositivo da rede de relações, de subjetividade e de sociabilidade, que são aspectos ligados ao relacional, afetivo e intensivo e não restrito ao viés topológico (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Isso porque o sofrimento de muitos usuários está diretamente ligado às suas relações pessoais, como na família, amigos e serviços.

Assim, a rede funciona pelos seus representantes, ou seja, seus trabalhadores que a operam, acionando as redes instituídas ou não a partir de cada sujeito acompanhado, de cada projeto terapêutico instituído para cuidar das necessidades em saúde dos usuários. As redes são muitas, pois cada uma será formada e acionada de acordo com os problemas de saúde do usuário atravessando equipamentos e equipes de saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Para Mehry e Franco (2003) atuar na perspectiva de formar redes de cuidado, gerar protagonismo e utilizar diretrizes como, responsabilização, acolhimento e de

vínculo é fazer o trabalho vivo em ato¹⁵. Assim, os atores sociais que atuam na rede de cuidado em saúde mental possibilitam a geração de novos processos de trabalho, capazes de compreender o sofrimento como um evento multifatorial.

Nesta perspectiva, a intersectorialidade, enquanto diretriz no âmbito da saúde, foi instituída para trabalhar a complexidade do cuidado de cada sujeito. Os autores Olschowsky et al. (2014) compreendem que as atividades intersectoriais, além de promoverem um cuidado ampliado em saúde, possibilitam a consolidação do processo de reforma psiquiátrica, visto que as necessidades de saúde transcendem o aspecto biomédico, compreendendo as dimensões sociais do sujeito como, moradia, emprego, trabalho, cultura, lazer, segurança, alimentação e uma vida em liberdade na sociedade.

A implantação da diretriz de intersectorialidade foi outro avanço das políticas públicas de saúde, pois levou ao conhecimento dos profissionais da rede a necessidade de ações conjuntas com outros setores para um cuidado na perspectiva da integralidade. Assim, para Azevedo et al. (2014), as atividades intersectoriais realizadas enquanto prática profissional se concretizam a partir das ações realizadas pelos trabalhadores de cada serviço, em parceria com os demais segmentos da rede.

Por fim, existem diferentes formas de cuidar, trabalhar e de realizar projetos transformadores na sociedade, mas é preciso muita dedicação, diálogo, negociação e insistência frente aos desafios do trabalho cotidiano (ANDRADES; COSTA-ROSA, 2014). Deste modo, o processo de reforma psiquiátrica possibilita cuidados diferenciados e no território de moradia dos usuários, o que, certamente, provoca transformações no trabalho em saúde mental. Nesta lógica, será abordado a seguir o cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da itinerância, considerando-a como uma das possíveis inovações no campo da atenção psicossocial.

3.2 O cuidado ao usuário de drogas: na perspectiva da itinerância

As transformações históricas na sociedade trouxeram para a contemporaneidade um crescente número de centros urbanos industriais de

¹⁵ O “trabalho vivo em ato” é a atividade humana que ocorre no momento de execução da produção/ação do cuidado.

características racionalistas, tecnológicas e de supervalorização ao consumismo, típicos do modelo capitalista. Este modelo favorece mecanismos de controle de dadas realidades sociais e beneficia a chegada de drogas às mãos de jovens vulneráveis em relação à imaturidade e por fatores psicossociais, tornando-os fáceis presas do tráfico (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011; MEDEIROS, 2014).

Assim, as realidades sociais impostas pelo capitalismo não estão atendendo às reais necessidades humanas, fazendo tanto os jovens quanto os adultos usarem drogas. Além disso, muitas pessoas que vivenciam o uso de drogas estão inseridas em um contexto familiar de insegurança, desemprego, violência, ou seja, em um conjunto de situações que demonstram a necessidade de ações voltadas para as questões familiares e de qualidade de vida, evitando a criminalização do usuário (COSTA, 2008).

Neste sentido, o uso de drogas tem acompanhado as transformações do homem na sociedade, e, historicamente, a humanidade sempre procurou por drogas que pudessem produzir alterações em seu humor, percepção e sensações, o que permite considerar que não existirá uma sociedade sem drogas (NIEL; SILVEIRA, 2008). Além disso, Passos e Souza (2011) observam que as práticas de cuidado direcionadas ao usuário de drogas estão, historicamente, ligadas a medidas de repressão, coerção, punição, preconceito e moralização, sendo necessária uma mudança no modelo de cuidado.

O cuidado em saúde ao usuário de drogas foi permeado por um processo de trabalho baseado no isolamento, fragmentação e maus tratos dentro de instituições psiquiátricas. Além disso, as práticas direcionadas aos usuários de drogas tiveram um agravante, pois, historicamente, e de acordo com a legislação brasileira, as pessoas que faziam uso ou abuso de drogas eram punidas com a prisão em casas de detenção, fortalecendo o preconceito da sociedade em relação ao usuário de drogas.

Na legislação brasileira, a Lei Federal 6368/76 criminalizava e penalizava as pessoas que usavam drogas, bem como as que praticavam o crime de tráfico, sem a distinção entre os sujeitos e os tipos de drogas consumidas e/ou traficadas (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008). A referida lei vigorou até o ano de 2006, quando foi substituída. A Lei 6368/76 fortaleceu a questão do preconceito e a prisão de muitas pessoas que não tiveram a oportunidade de serem cuidadas.

Apenas com o avanço das políticas públicas de saúde e a ação dos movimentos sociais de luta pelos direitos dos cidadãos é que hoje se rediscute a necessidade de ampliar o olhar para o cuidado de usuários de drogas. Assim, observo que as mudanças mais relevantes no cuidado ao usuário abusivo de drogas ocorreram nos últimos anos, com o surgimento de novas drogas no cenário brasileiro que demandaram novos e importantes desafios no cuidado a estas pessoas.

Neste momento histórico, o tema sobre drogas tem repercutido na sociedade devido ao aumento do seu consumo e suas consequências negativas. Tal fato é constantemente abordado pela mídia e pelos discursos policiais e políticos, fortalecendo no imaginário da sociedade a ideia de que todos usuários de drogas estão envolvidos com a criminalidade, o tráfico e com o fato de que “parar de usar drogas depende apenas da força de vontade da pessoa”, não levando em consideração os aspectos sociais, culturais e subjetivos do sujeito (PINHO et al., 2014).

Neste sentido, a Política de Álcool e outras Drogas foi criada e articulada à Política de Saúde Mental, tendo como importante marco constitucional a Lei nº 10.216/01. A nova política possibilitou importantes rupturas de paradigma na atenção à pessoa em sofrimento psíquico por uso abusivo de drogas, com novas práticas de cuidado centradas nas necessidades de saúde da pessoa. (BRASIL, 2004). As mudanças nas leis foram demoradas, mas importantes para repensar a questão do uso de drogas em uma sociedade capitalista, que é permeada pelo consumismo e pela alienação de pessoas em seu processo de trabalho.

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, criada em 2003, aborda o uso de substâncias psicoativas como uma questão de saúde pública. Além disso, é criada a Lei 11.343/06 que possibilita ampliar o olhar em relação ao uso de drogas. Esta lei prevê medidas¹⁶ para prevenção ao uso, atenção

¹⁶ As medidas de prevenção e atenção devem ser fruto do comprometimento e da cooperação de diferentes órgãos da sociedade como, governamentais, federais, estaduais e municipais, com responsabilidades compartilhadas. As práticas de prevenção devem ser pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens e serviços, a socialização do conhecimento sobre drogas, a participação em práticas esportivas, culturais, de lazer e incentivo ao protagonismo dos jovens, da participação da família, da escola e da sociedade. As medidas de atenção e reinserção devem ser garantidas pelo acesso aos serviços de tratamento para promoção da reinserção social e ocupacional, em um processo contínuo de esforços para o cuidado do usuário e familiares. Deste modo, o documento traz outras orientações quanto à prevenção e atenção ao usuário de drogas (BRASIL, 2010).

à reinserção social e estabelece normas para repressão ao tráfico. Garante a distinção entre usuários, dependentes químicos e traficantes, tendo estes últimos o direito à saúde, mesmo estando em cumprimento de pena privada (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, preconiza-se um cuidado com ações conjuntas no território, com o combate aos modelos moralistas e proibicionistas, pois o usuário de drogas e sua família precisam de atenção, cuidado e dignidade. As medidas de atenção devem levar em consideração a cultura do usuário, percebendo-o como um cidadão de direito, fortalecendo ações alternativas de prevenção, reabilitação e reinserção social (PINHO et al., 2014).

Deste modo, para o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, o principal serviço de referência é o CAPS AD, dispositivo com atendimento ambulatorial, de ação interdisciplinar que visa criar uma rede de atenção para essas pessoas (BRASIL, 2004). No entanto, o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico vai além da utilização da rede de saúde e se estende à necessidade de usar a rede intersetorial para possibilitar um cuidado ampliado do sujeito.

Assim, Andrade, Souza e Quinderé (2013) ressaltam a necessidade do CAPS AD atuar de forma a propiciar aos usuários uma escuta qualificada e terapêutica com o reconhecimento e respeito das necessidades em saúde do sujeito e sem julgamentos preconceituosos. Isso porque os primeiros contatos com o serviço, realizados pelos usuários, são cruciais para o processo de vinculação do sujeito ao tratamento.

Nesta perspectiva, o *habitat* privilegiado para o cuidado é o bairro, que contempla um espaço de valiosa importância, possibilitando o cuidado de pessoas com sofrimento mental, usuários de drogas, vítimas de violência e pessoas que sofrem de angústias profundas e de intensa ansiedade (CAMPOS et al., 2009). Neste sentido, as práticas de cuidado devem estar voltadas para o território, exigindo assim novos modos de olhar para os sujeitos, visitando-os em suas casas, saindo dos serviços e caminhando no território de moradia das pessoas de forma itinerante.

As políticas de saúde no Brasil preveem que o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico deve ser realizado em serviços territoriais, em rede de atenção à saúde e com ações intersetoriais e centradas nas necessidades dos sujeitos, visando à integralidade do cuidado (BRASIL, 2004; 2010). Estes são desafios que o

processo de trabalho em saúde demanda aos profissionais em relação ao cuidado, pois requer um trabalho itinerante dos atores sociais.

Logo, a III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, com o lema “cuidar sim, excluir não”, trouxe a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, abordando a necessidade de equipes itinerantes¹⁷ no âmbito da atenção básica como um método para o cuidado de indivíduos e famílias (BRASIL, 2002b). E para Lemke e Silva (2011) a itinerância é uma tecnologia muito usada no âmbito da saúde e de assistência social como um modo de operacionalizar o cuidado no território, prevendo o deslocamento dos profissionais para estes espaços e levando em consideração a complexidade do cuidado.

Para Lemke e Silva (2011), as práticas itinerantes têm sido utilizadas para realizar o deslocamento nos territórios de vida das pessoas em uma lógica de busca ativa para atender a grupos vulneráveis e necessidades de saúde de grupos populacionais que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de cuidado. Os grupos populacionais são, por exemplo, as comunidades indígenas de costumes nômades, os moradores de rua, os usuários de drogas que não se adaptam a protocolos clínicos que exigem a abstinência, e os usuários refratários ao acompanhamento nos serviços de saúde mental.

Ressalto, assim, a importância da criação de equipes itinerantes que possuem como cenário e ambiente de trabalho a rua e o modo itinerante para promover encontros entre sujeitos. Estas equipes têm importante papel na atenção de pessoas em uso/abuso de drogas, pois possuem como principais ferramentas tecnológicas de cuidado o encontro com a produção de diálogo, vínculo, escuta e o reconhecimento das reais necessidades em saúde da pessoa.

Neste sentido, as políticas de saúde vêm promovendo práticas itinerantes ao agenciar atores sociais, como o Agente Redutor de Danos que atua nos Programas de Redução de Danos¹⁸ e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que atua nos

¹⁷ A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial de 2010 reforça em seu discurso a necessidade do trabalho intersetorial como modo de promover o cuidado em sua integralidade. No seu segundo eixo aborda a necessidade de utilizar o trabalho itinerante para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e para o fortalecimento dos movimentos sociais (BRASIL, 2010b).

¹⁸ O Redutor de Danos atua com usuários de drogas e foi criado a partir da implantação de Programas de Redução de Danos, após muitas discussões no cenário Brasileiro. A Redução de Danos é um paradigma que sustenta um modelo assistencial que propicia a redução da exclusão e da falta de cuidado, trabalhando de forma intersetorial com as áreas de educação, justiça, direitos humanos, trabalho, habitação entre outros. Atualmente, a Redução de Danos norteia a política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas constituindo-se em diretrizes, estratégias e princípios voltados

postos de saúde com Estratégia de Saúde da Família. Além disso, no âmbito da saúde mental, essa tendência consagrou a criação das Equipes de Consultório na Rua¹⁹ (CnR), que também funcionam a partir desse modelo de itinerância.

Estas equipes de CnR foram instituídas pela nova Política Nacional de Atenção Básica de 2011, sendo formadas por profissionais da ESF e profissionais da Saúde Mental. As Equipes de Consultório na Rua estão vinculadas a gestão da atenção básica, tendo como meta o cuidado na perspectiva da integralidade a pessoas em situação de rua com a disponibilidade de ações de saúde mental, redução de danos, cuidado aos transtornos mentais e vinculação dos mesmos em atividades disponíveis na ESF (BRASIL, 2012a).

Segundo Pires (2014), as Equipes de Consultório na Rua desenvolvem atividades de promoção, prevenção e cuidado no território para populações em situação de vulnerabilidade e, principalmente, pelo uso de drogas. As ações são desenvolvidas no espaço da rua, com práticas itinerantes e compartilhadas com as Unidades Básicas de Saúde.

Logo, para que o trabalho itinerante não se torne um simples deslocamento em plano extensivo, é necessário pensar na maneira de operar itinerante “como um constante deslocar para além de um âmbito exclusivamente espacial”, garantindo o seu potencial em produzir práticas contextualizadas no território e para além das balizas sociais de controle (PIRES, 2014, p.10).

As equipes itinerantes, por atuarem na rua, nos locais de produção de vida, tornam-se importantes ferramentas tecnológicas de cuidado identificando situações de conflito, de rompimento familiar, de abandono escolar, de violência, entre outras situações vulneráveis que necessitam do olhar de uma equipe disposta a fazer o seu papel em saúde e atuar na qualidade de vida dos sujeitos.

Deste modo, as políticas de saúde mental são pensadas e reproduzidas por importantes atores/profissionais inscritos nos meios de saúde; ou seja, há importantes experiências de trabalho itinerantes que ocorrem em muitos espaços de

aos modos de vida dos sujeitos e o cuidado de si, as relações sociais do indivíduo e a qualidade de vida sem, necessariamente, visar à abstinência (BRASIL, 2004, 2010). O processo de trabalho proposto pela Redução de Danos orienta novas práticas no campo da saúde mental com atuação itinerante no território dos sujeitos.

¹⁹ As Equipes de Consultório na Rua são uma reformulação das Equipes de Consultório de Rua que estavam ligadas à coordenação de saúde mental e que desempenhavam ações mais ligadas ao cuidado de pessoas em uso abusivo de drogas, atuando com estratégias de redução de danos (BRASIL, 2012).

cuidado. Um exemplo importante de proposta de cuidado itinerante foi reproduzido por Antônio Lancetti.

Lancetti (2008) observa que a inovação em saúde mental vem com atividades em saúde de forma peripatética, ou seja, com ações realizadas em movimento, seja em uma conversa ou em uma caminhada, sendo uma ferramenta para promover experiências de encontro, de clínica realizada fora dos consultórios. Para o autor, estas atividades são destinadas a pessoas que não se adaptam ao modelo tradicional de cuidado, como pessoas com esquizofrenia, usuários de drogas, pessoas que são violentadas entre outros.

Para Lancetti (2008), as atividades realizadas em movimento rompem com padrões tradicionais da clínica, hospícios e consultórios, indo ao encontro de surpresas nas comunidades, realizando encontros com famílias que vivenciam grandes problemas de saúde, transitando pelas ruas com usuários psicóticos e usuários de drogas. O autor observa que através de suas experiências em saúde torna-se possível perceber a complexidade que emerge das necessidades em saúde mental das pessoas em seus territórios de moradia, se fazendo necessário o uso de ferramentas que possibilitem os encontros.

Observo que as equipes itinerantes são importantes recursos tecnológicos e técnicos das políticas públicas brasileiras, pois há uma disposição considerável de novas drogas no país e o apelo ao uso destas pelo modelo de sociedade vigente. E isto fortalece a alienação e o consumismo nas pessoas, levando muitos à frustração e, conseqüentemente, a usar e encontrar nas drogas a motivação, recompensa e prazer frente às dificuldades e exigências impostas pela sociedade.

Por fim, tendo em vista o conhecimento do processo de trabalho de uma equipe itinerante em saúde mental, implantada para diminuir a judicialização da saúde mental e para facilitar o acesso ao cuidado de pessoas em uso de drogas, proponho olhar as relações de trabalho entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados. Acredito no potencial do trabalho vivo em ato realizado por equipes itinerantes na prevenção e cuidado em saúde mental, indo ao encontro das premissas reformadoras da atenção psicossocial.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para realizar o presente estudo, optei por utilizar o referencial teórico do processo de trabalho em saúde, articulado ao debate sobre o modo psicossocial. Entendo que essa articulação teórica é necessária para visualizar as tecnologias envolvidas no processo de trabalho da equipe itinerante em saúde mental.

Nesse sentido, para introduzir essas questões, inicio uma descrição sobre o conceito de trabalho, fundamental para analisar essas questões, para, a seguir, introduzir o trabalho no campo da saúde e discorrer sobre as tecnologias implicadas nesse processo.

4.1 As relações entre o trabalho e o homem

O homem se diferencia de todas outras espécies pela sua capacidade de trabalho, sua produção de sobrevivência, ou seja, de produzir seus meios de vida através de uma mente capaz de produzir a figura de um objeto antes mesmo de transformá-lo em realidade, pela sua organização corpórea e por estarem associados em agrupamentos. Assim, os indivíduos humanos são reflexos do seu modo de produção e do que produzem, estando diretamente caracterizados com as condições materiais e de sua obra (MARX, 1998; BRAVERMAN, 1987).

Neste sentido, para fazer história o homem precisa ter sua sobrevivência garantida, com condições de poder viver: ter alimentação, moradia, formas de se vestir, entre outros. O homem, tendo suas necessidades básicas de vida atendidas, cria novas necessidades, fazendo mover-se na história. Assim, em cada momento histórico o homem utilizou as suas forças existentes criando relações de produção (MARX, 1998).

O homem depende de seu trabalho para garantir a sobrevivência de sua espécie e para o desenvolvimento e formação do Estado. Para Marx (1980) a compreensão de trabalho, desta força desempenhada pelo homem é compreendida como:

Um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defrontando-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da

natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo está modificando sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais (MARX, 1980, p.282).

O homem, ao atuar, deste modo com a natureza, cria suas condições necessárias de sobrevivência, da família e grupo social. Assim, o trabalho é a fonte de vida do homem que permeia o mesmo desde o seu nascimento. Para Kantorski (1997), a existência humana, o seu processo antropogenético, está diretamente ligado ao trabalho, sendo impossível falar do homem sem relacioná-lo à sua ação materialista transformadora.

Para Braverman (1987), a criação da sociedade é garantida pela especificidade do ser humano em produzir uma infinidade variável de divisões de acordo com as atribuições do seu grupo familiar e social. O autor observa que os seres humanos são a única espécie capaz de atuar entre o trabalho em si e a força motivadora do trabalho, não sendo inviolável a ação, ou seja, qualquer ação/ideia pode ser executada por outra pessoa.

Assim, a divisão do trabalho acompanha os momentos históricos da sociedade. Na comunidade tribal, o trabalho era dividido pela diferença dos sexos, e, após, pela diferença de força física entre as pessoas. A partir da divisão entre campo e cidade, as diferenças entre sexo e força tornaram-se secundárias às condições sociais. É criada a classe dos comerciantes, separada da classe dos produtores, o que gera a divisão social do trabalho, dando origem a muitas formas de ação, como a divisão do trabalho comunal até a propriedade privada (MARX, 1998).

Nesta perspectiva, saliento a importância de olhar para as relações atuais do processo de trabalho, as quais estão pautadas e sobre a responsabilidade do capitalismo. O modelo capitalista possui como características a alienação do trabalho, pois compra a força de trabalho do trabalhador utilizando esta da mesma forma que utiliza uma máquina. Assim o capitalismo tem o direito, como qualquer comprador, de usar tudo que compra, inclusive a força do trabalhador. Deste modo, o capitalismo paga um valor diário, semanal ou mensal pela força do operário, servindo-se dela durante todo o dia (MARX, 1980).

O operário não entrega ao capitalismo a sua capacidade para o trabalho, mas a sua força, que é característica de um trabalho alienado. E o capitalismo somente terá maiores vantagens fixando o operário ao trabalho. Deste modo, o produto final e

os efeitos do trabalho pertencem ao capitalismo, que ganhou a possibilidade de compra do trabalhador, alienando seu trabalho (BRAVERMAN, 1987).

No entanto, é preciso salientar que o homem possui a capacidade de produzir e reproduzir a vida social e material, a construção do conhecimento, os valores que norteiam a convivência em sociedade; é tudo fruto das relações sociais. Deste modo, as introduções de novos modos de produção, com tecnologias inovadoras e organizadas do processo de trabalho, não podem ser compreendidas como um determinismo tecnológico, sendo necessário olhar como um fenômeno social resultante de relações sociais, disputas de interesses, jogo político, de acordo com as experiências de vida, classe social e características culturais (PIRES, 1998).

Nesta perspectiva, é preciso compreender o processo de trabalho em cada momento histórico e de acordo com a organização da sociedade. Na concepção marxista, o capitalismo é responsável pela organização do processo de trabalho em três elementos distintos: “**a atividade adequada a um fim**, isto é, o próprio trabalho; **a matéria a que se aplica o trabalho**, o objeto de trabalho; e os **meios de trabalho**, o instrumental do trabalho”²⁰ (MARX, 1980, p.202).

Para compreensão de cada momento, torna-se necessário descrevê-los: o **objeto** é diferenciado de acordo com a sua origem, podendo ser natural ou uma matéria-prima. O objeto natural, por exemplo, é a terra, o minério, as árvores, quando são usados de forma direta, e a matéria-prima é resultante de uma ação anterior, modificando sua forma natural, como, por exemplo, o minério que, depois de extraído, da terra será lavado. Mas o objeto somente será considerado um objeto de trabalho quando o homem tiver um destino em mente para o mesmo (MARX, 1980).

Os **meios de trabalho** é um conjunto complexo e necessário de coisas com diferentes propriedades químicas, físicas e mecânicas que o trabalhador utiliza, entre si e o objeto, para realizar seu trabalho. É relevante observar que os meios de trabalho são característicos de cada época histórica. Por fim, concluindo o processo, o **produto** que será o resultado da ideia que o homem operou. Assim, ao finalizar o processo, o homem terá um material da natureza adaptado às suas necessidades através da mudança do objeto (MARX, 1980).

²⁰ Para melhor compreensão deste processo usarei o seguinte exemplo: para a fabricação de uma cadeira é usada a madeira que é o **objeto**; logo, os **meios de trabalho** serão o martelo, o serrote, o prego, entre outros, e por fim teremos um **produto/finalidade** que será a cadeira.

Deste modo, o capitalismo organiza o processo de trabalho, dando origem às produções. Para Marx (1980), neste modelo de trabalho todos os produtos devem formar mercadorias e essencialmente devem produzir mais-valia, ou seja, apropriação do trabalho não pago, um excedente que fica com o proprietário. Assim, apenas o trabalho e o trabalhador que produzem constantemente mais-valia são produtivos, pois no modo de produção capitalista o trabalhador faz parte da máquina produtiva, sendo consumido o seu desempenho no ato de produção. Assim, esse profissional é assalariado e vende sua força de trabalho, incorporando-se como fonte viva no processo de produção, realizando um aumento do capital e um aumento de mais-valia.

Assim, o modelo capitalista trouxe uma série de mudanças nas relações familiares e sociais, visto que o trabalho é o meio de sobrevivência da humanidade. Braverman (1987) observa que a divisão de trabalho imposto pelo capitalismo trouxe significativas mudanças na vida social dos indivíduos e famílias, pois precisa do homem em sua totalidade para servir a este modelo. Assim, a família que era uma unidade econômica e núcleo de produção, passa a ser dividida para compor a força de trabalho em indústrias, fábricas e os cuidados domésticos, ficando submetida às condições do capitalismo.

4.2 Processo de trabalho em saúde

A organização do setor saúde é resultante de um processo histórico e social influenciado por questões como: a cultura e o modelo de ciência vigente em cada sociedade, que influencia a compreensão do processo de saúde e doença e o modo de cuidar e prevenir as doenças, a organização dos serviços de saúde e a organização dos diferentes profissionais de saúde, bem como o processo de trabalho que será aplicado no cuidado das pessoas (PIRES, 1996).

O modo de organização e formação do setor saúde envolveu e envolve as forças políticas e sindicais dos trabalhadores, o papel do Estado no setor quanto à sua estrutura legislativa e as necessidades em saúde dos grupos e classes sociais, e a capacidade destes em influenciar decisões e adquirir conquistas (PIRES, 1996). Assim, o processo de trabalho em saúde ocorre dentro de um movimento histórico da humanidade, que caminha de acordo com a evolução da sociedade.

O trabalho em saúde é essencial para a sobrevivência humana, sendo sua produção não material, pois não resulta em uma produção comercializável, e ocorre no momento de realização da ação, sendo o produto inseparável do processo de sua formação (PIRES, 1998). Deste modo, observo que nele estão envolvidas diferentes tecnologias, essenciais para a manutenção da vida humana e produção de vida.

É nessa relação que as tecnologias despontam enquanto elementos fundamentais do processo de trabalho em saúde. Elas permeiam toda a cadeia produtiva no setor, ou seja, estão envolvidas nos três momentos do processo de trabalho. Logo, as tecnologias são o modo operante, ou seja, os saberes estruturados no campo da saúde que fazem com que se modele o objeto de trabalho. Sempre mediadas pelo capital humano, as tecnologias buscam responder a finalidades do trabalho enquanto processos, a fim de que haja produção ou recuperação da saúde de indivíduos ou coletivos (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Com as transformações que ocorreram na sociedade ao longo da história, o setor desenvolveu distintos modos de organização tecnológica do trabalho em saúde. Um exemplo destaca-se na era do pensamento mítico-religioso, em que a doença era tratada como uma entidade que toma posse do homem fazendo-o sofrer. Para a cura, utilizava-se das práticas de cuidado do xamã, que era quem realizava a mediação entre o homem e o mal do universo (MENDES-GONÇALVES, 1992). Assim, o objeto do trabalho do xamã é o homem em posse de uma entidade que o faz sofrer, e os meios tecnológicos de cuidado são todas as práticas do xamã, cuja finalidade era liberá-lo do sofrimento.

Com a consolidação do modelo médico-hipocrático, houve certo rompimento com a prática do xamã e a percepção de que a doença deveria ser compreendida no contexto filosófico-científico. Isso quer dizer que o objeto de trabalho seguia sendo o homem, que apresentava, porém, um desequilíbrio orgânico. Nesse modelo, a doença considera-se como um estado qualitativo da natureza que está no homem, mas que não pertence a este; apenas está no homem porque ele faz parte do conjunto da natureza. E, por fim, há os recursos da medicina cristã, ainda contaminada pelo pensamento religioso, motivado pela punição e pela necessidade de superação dos pecados existenciais (MENDES GONÇALVES, 1992).

Com o nascimento do modelo capitalista, surge um novo modelo de trabalho que guia a organização dos serviços, inclusive os do setor saúde. Neste modelo, as

práticas tecnológicas em saúde foram reorganizadas e, primeiramente, surge o modelo Clínico e o Epidemiológico para cuidar das necessidades sociais em saúde. O modelo clínico é caracterizado pela “individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem “consigo mesmo”. Este modelo caracterizou e limitou a doença aos aspectos físicos, químicos e biológicos do corpo humano (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.66).

Já o modelo epidemiológico possibilita olhar o coletivo, as relações estabelecidas no coletivo, com o objetivo de controlar as doenças de forma ampla, se constituindo sistematicamente pelo conhecimento sobre a doença e a saúde no coletivo. Os dois modelos são complementares, mas possuem diferenças, principalmente na concepção do objeto. No primeiro, a clínica percebe a doença de forma individualizada, enquanto que, no segundo, isto é, na epidemiologia, o interesse é garantir práticas que possibilitem diminuir os efeitos prejudiciais resultantes do modo de vida social dos indivíduos (MENDES-GONÇALVES, 1994).

As tecnologias de cuidado utilizadas nestes dois modelos foram influenciadas pelo sistema capitalista, que necessitava de homens sadios para trabalhar. Nesse caso, é possível entender que as tecnologias se voltam para um contexto mais objetivo, quer dizer, para a restauração da saúde, no momento em que havia uma revolução produtiva que orientava (e ainda orienta) os rumos da sociedade moderna.

Nesta lógica, no modelo capitalista, o setor de saúde é altamente influenciado pelo consumismo, exercendo práticas de cuidado hegemônicas e biomédicas, centralizadas no saber médico. A centralidade do cuidado na figura do médico gera um processo de trabalho pautado na produção quantitativa “de saúde” e não qualitativa; ou seja, o indivíduo deve consumir uma quantidade grande de bens de saúde para ter uma saúde “melhor”. Esse processo leva a uma prática em saúde de alienação das verdadeiras necessidades em saúde do indivíduo e a constituição de modelos fundamentados no biológico, contemplando pouco o cuidado nas diferentes dimensões, que também envolvem o subjetivo e o social (ANTONACCI, 2011).

Assim caminhou o cuidado em saúde por séculos, influenciado pelo modelo capitalista que despreza as relações sociais em detrimento das relações de preço, que não privilegia o trabalho, mas a produção e que não valoriza o ponto de vista humano, mas o ponto de vista da burguesia (BRAVERMAN, 1987). Logo, há rompimentos necessários a fazer no modo de produção tecnológica em saúde, em

especial na saúde mental, pois muitas pessoas foram e são tratadas de forma excludente, com práticas de segregação e violência.

Neste sentido, Favoreto (2006) utiliza a definição de clínica como um conjunto de tecnologias homogêneas, biomédicas e homogeneizantes para dar respostas às demandas e necessidades em saúde dos sujeitos. O autor sinaliza que há outras definições para a clínica, mas que é preciso a construção e legitimação de novas teorias e técnicas para serem realmente incorporadas no cuidado em saúde.

A assistência psiquiátrica também esteve restrita ao cuidado biomédico, com a classificação e descrição das doenças mentais, centrando no médico o conhecimento para a cura e, na instituição asilar, o local de realização. No hospital psiquiátrico, o médico contava com a força de trabalho dos subalternos, que tinham como função o controle dos internados (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

O tratamento na instituição asilar era pautado na hierarquia e na imposição de uma disciplina. Provinha do médico as ordens aos subalternos, que eram os “enfermeiros” e “guardas”, sem nenhuma formação; ou seja, a adoção de métodos de tratamento ao sujeito. Os métodos eram, por exemplo, o confinamento, os banhos de água frias, quentes e/ou alternados, entre outros (OLIVEIRA; ALESSI, 2005). Deste modo, o objeto de trabalho era bem consolidado na doença e não no ser humano.

É nesse sentido que considero fundamentais as transformações introduzidas pela reforma psiquiátrica, no sentido de ressignificar um trabalho centrado em tecnologias tradicionais, homogêneas e biomédicas, com vistas à consolidação de um modelo pautado na subjetividade do sujeito. É com ela que, conforme Andrades e Rosa (2014) se lançam novas perspectivas motivadoras para o cuidado em saúde mental, nas quais o modo psicossocial procura romper com a tradição asilar e inaugurar um modelo de desconstrução da psiquiatria focada no estigma, no preconceito e na ideologia da exclusão (ANDRADES; ROSA, 2014).

Nesta lógica, com o processo de Reforma Psiquiátrica, há uma luta pela implantação de um modo de cuidado que se propõe a ações em equipe ampliada, com uma diversificação de profissionais e de olhares em relação ao objeto de intervenção “sujeito que sofre mentalmente” para a promoção de cuidados que produzem vida. Isso, de alguma forma, ajuda a incentivar a inserção social do indivíduo, “no seu processo individual de invenção da saúde, inserido numa

sociedade que almeje relações mais justas e solidárias” (OLIVEIRA; ALESSI, 2005, p. 57).

Assim, atualmente se discute que o modo psicossocial traz inovações mais concretas para olhar a complexidade do sujeito, percebendo a família como apoiadora do processo de cuidado e a reinserção social na sociedade como uma das finalidades. É o modelo que possui como ferramentas de cuidado os serviços substitutivos ao asilo, como os CAPS e as unidades de saúde, as psicoterapias, as equipes multidisciplinares, as cooperativas de trabalho, enfim, entre outras tecnologias que possibilitam a reinserção social do sujeito em seu espaço de vida sem exigir a cura de uma doença (ROSA, 2003).

Neste sentido, o processo de trabalho em saúde que contempla um cuidado ampliado aos sujeitos, famílias e grupos:

[...] tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1998, p. 161).

Deste modo, o processo de trabalho em saúde é caracterizado pelo “trabalho vivo em ato”, que é a atividade humana que ocorre no momento de execução da produção/ação do cuidado. Assim, o processo de trabalho em saúde é formado em um espaço de relações entre o trabalho vivo e o trabalho morto, sendo que ambos se complementam. No espaço do trabalho vivo, o cuidado em saúde se concretiza, mas este espaço também é fonte de preocupação, pois há resquícios tecnológicos de mecanicismo, hegemonia e fragmentação que podem se estruturarem e sobressaírem ao ele (MEHRY; FRANCO, 2003).

Neste sentido, todo o trabalho em saúde é mediado por tecnologias e conforme o modo e as relações estabelecidas entre estas é que teremos processos de trabalho mais criativos e centrados nas necessidades em saúde ou processos pautados em lógicas e instrumento mais duros como as máquinas. É aqui que há a interlocução entre as tecnologias duras, leve-duras e leves (MEHRY; FRANCO, 2003, p. 283; MEHRY, 2007).

Nas tecnologias leves, por exemplo, são encontradas ferramentas valiosas para o processo de trabalho, como o **acolhimento** que proporciona o **vínculo e a**

escuta, e a **corresponsabilização** pelo cuidado, que proporciona o caminhar na rede (MEHRY; FRANCO, 2003, BRASIL, 2008b). Nesta lógica, ressalto a importância de ações em saúde mais voltadas para tecnologias inovadoras, que devem propiciar encontros preciosos na produção de saúde entre sujeitos que cuidam e os que precisam de cuidado.

Assim, a essência e a arte do cuidado estão na dimensão comunicativa, na capacidade de reconhecimento e busca de entendimento pelos sujeitos envolvidos na ação. É no encontro do intersubjetivo que o trabalhador deve colocar em ação o seu exercício profissional, buscando compreender as necessidades do indivíduo e aplicando a técnica na medida certa com o estabelecimento de vínculo, acolhimento e continência (PEDUZZI; ANSELMI, 2002).

Deste modo, é preciso observar que todas as profissões continuam sendo influenciadas pelo modelo capitalista, inclusive na área da saúde, gerando riscos de desenvolver atividades fragmentadas e robotizadas. No entanto, pelos avanços incorporados na saúde mental e pela compreensão que se tem do ser humano e suas complexas necessidades de vida é possível olhar para os modos de produção do processo de trabalho em saúde e contemplar outras questões que vão além das ações mais tradicionais.

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso.

A pesquisa qualitativa tem como característica responder a questões e questionamentos particulares de um nível de realidade que não pode ser quantificado. Para tanto, utiliza-se do universo dos significados, aspirações, crenças, valores, atitudes e cultura. Pois se entende que esse conjunto de fenômenos humanos é parte da realidade social, na qual o ser humano se distingue pela sua capacidade de pensar, agir e interpretar as suas ações a partir de suas experiências vividas (MINAYO, 2007).

O estudo de caso é caracterizado por uma “categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”. Suas características principais são: a natureza e abrangência da unidade como, por exemplo, o exame das condições de vida (nível socioeconômico) e a complexidade do estudo de caso que será aumentada quanto mais se aprofundam o assunto (TRIVIÑOS, 1987, p. 135).

É importante observar que existem diferentes tipos de estudo de caso, sendo que, para esta pesquisa, será usado o “Estudo de Caso Observacional”. Esse tipo utiliza a técnica de observação participante, e tem como foco de estudo um cenário no qual está sendo implantada uma nova tecnologia a ser observada. Um exemplo de Estudo de Caso Observacional é o trabalho realizado em uma sala de aula por professores que estão testando novos métodos educacionais (TRIVIÑOS, 1987).

5.2 Campo e participantes do estudo

O campo de estudo é a rede de saúde mental, mais especificamente a área de atuação da Equipe Itinerante do município de Viamão, pertencente ao estado do Rio Grande do Sul. A cidade de Viamão fica na região metropolitana da capital do estado, município de Porto Alegre, possuindo uma área de 1.497,017Km² e aproximadamente 239.384 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A Equipe Itinerante é responsável por receber os processos do setor judiciário para avaliar as solicitações sobre internações compulsórias, avaliação psiquiátrica,

tratamento e inserção de pessoas em serviços da rede de saúde mental. Essa equipe possui um prazo para responder aos processos, estabelecido pelo judiciário. Maiores informações sobre o campo do estudo e a equipe itinerante serão trazidas ao longo dos resultados.

A rede de saúde mental do município é composta por serviços substitutivos como: dois CAPS II (Casa Azul e o Renascer), um CAPS AD II (Nova Vida), um CAPS infanto-juvenil, equipes complementares (equipe de redução de danos, equipe de desinstitucionalização, equipe itinerante, equipe de matriciamento), Unidades de Saúde da Família, leitos em hospital geral, dentre outros dispositivos distribuídos de forma regionalizada.

Os participantes desta pesquisa foram três trabalhadores que compõem a Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental. Os trabalhadores participantes da pesquisa foram identificados com a letra T (de trabalhador), como, por exemplo: T01, T02, respeitando o anonimato.

A equipe estava composta por três psicólogas e umaicineira, mas esta última foi excluída da pesquisa por estar de licença-saúde no momento da coleta da entrevista.

5.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu com o uso das técnicas de observação participante, entrevista semi-estruturada e análise documental, as quais serão definidas no próximo tópico.

A observação participante (APÊNDICE A) e a análise documental da Equipe Itinerante aconteceram nos meses de julho, agosto e setembro, em dias variados da semana, totalizando um total de 180 horas. A entrevista semiestruturada foi realizada nas duas últimas semanas de setembro.

Na observação participante foi possível compreender e conhecer o processo de trabalho da Equipe Itinerante, identificando o seu objeto de trabalho e os meios utilizados para garantir o cuidado dos usuários da saúde mental atendidos pelo serviço. A observação participante da equipe ocorreu através do acompanhamento contínuo das atividades realizadas pelos trabalhadores em discussões de caso, discussões de processo de trabalho, visitas domiciliares, reuniões de equipe e

interação com outros serviços da rede de cuidado. Os registros das observações foram organizados em um diário de campo (APÊNDICE B).

Na realização da entrevista semiestruturada foi usado um roteiro previamente estabelecido (APÊNDICE C), composto por questões abertas e por outras direcionadas ao objeto de estudo. Nesse momento da coleta foram explicados os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos que envolviam a participação dos participantes e os compromissos do pesquisador. Mais informações serão destacadas em tópico oportuno.

Para a realização da entrevista foi previsto um tempo médio de uma hora para cada participante. Foi realizada individualmente, em um serviço de saúde mental. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra pela pesquisadora; o material resultante da pesquisa pode ser acessado pela mestrandia, o orientador e os participantes envolvidos no estudo.

A análise documental ocorreu a partir da busca dos documentos produzidos pela equipe itinerante, como relatórios de produtividade, relatórios de processos judiciais, e outros documentos cuja pertinência estava atrelada ao objetivo do estudo. Para Minayo (2007), o objetivo da análise documental é poder fazer uma triangulação entre o dito, o observado e o materializado na condução da política pública do município.

5.4 Análise dos dados

Foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, que é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados inferência/ interpretação, e a devida articulação ao referencial teórico proposto para o estudo.

Na primeira etapa, de pré-análise, foi realizada a leitura flutuante e exaustiva do conteúdo coletado, impregnando-se a pesquisadora pelo material. Após, iniciou-se a formação e constituição do *corpus*, organizando o material de modo a responder a algumas normas de validade, como: exaustividade, compreendida como a busca em contemplar todos os aspectos do roteiro, ou dos objetivos do estudo. Na primeira etapa busca-se, por exemplo, ter uma visão do conjunto, elaborar pressupostos iniciais que servirão de balizador para a interpretação do material, entre outros (MINAYO, 2007). Deste modo, após a coleta e transcrição das

entrevistas, realizei a leitura exaustiva do conteúdo buscando responder aos objetivos do estudo.

Na segunda fase, a de exploração do material, foi realizada a análise propriamente dita, sendo feita a distribuição de frases, fragmentos, trechos em tópicos de classificação e após a aproximação dos trechos dialogando com os mesmos, identificando os núcleos de sentido e aproximando com os pressupostos da pesquisa. Assim, podem-se aproximar os textos encontrados com as nossas conclusões, conceitos teóricos e dados de outros estudos (MINAYO, 2007).

Por fim, na terceira e última fase, foi realizada uma síntese interpretativa a partir do tratamento dos resultados obtidos, sendo estes submetidos a operações complexas ou simples que permitiram ressaltar as informações obtidas. Deste modo, o pesquisador faz a interpretação e a análise dos dados a partir das questões, objetivos e pressupostos do estudo (MINAYO, 2007).

É na segunda fase que foi criada uma codificação chamada de “unidade de informação”. Esta corresponde a frases, fragmentos ou tópicos que indicavam dentro de cada entrevista informações e ideias específicas. Deste modo, no quadro 1 é exposto um exemplo da construção de unidade de informação da entrevista de número 01.

Quadro 01

FRAGMENTO DA ENTREVISTA	UNIDADE DE INFORMAÇÃO
<p>Eu acho que a itinerante é uma inovação, assim, sabe? Eu acho que é uma inovação no cuidado, eu acho que ela tem muito mais chances de ser um cuidado resolutivo do que cumprir simplesmente uma determinação judicial, tu pegar uma pessoa lá e levar pra dentro de um hospital, entendeu, e fazer que fique lá 15, 20, 30 dias. Eu acho que tu podendo pensar e sinalizar e construir, mesmo que seja um caso que precise de fato de uma internação, que isso seja colocado de um jeito diferente, para o usuário vai ser muito mais terapêutico do que tu cumprir na íntegra o que está ali, no preto e no branco, entende? E acho que nessa relação também institucional fala de algo que é construído junto e não o que normalmente se vê, que é o judiciário mandando e os serviços obedecendo de uma forma quase que automática, sem maiores questionamentos, sem maiores implicações assim (T01).</p>	<p>A equipe itinerante é uma inovação. Há maiores chances de um cuidado resolutivo do que simplesmente cumprir as ordens do poder judiciário, como o que acontece no caso das internações (T01).</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Deste modo, foram realizadas em todas as entrevistas as unidades de informação correspondentes a cada uma delas e após elas foram agrupadas de acordo com sua semelhança de sentido, formando assim as unidades de significado. No quadro 2 é possível ver um exemplo de unidades de significado:

Quadro 02

Unidade de Informação agrupada	Unidade de Significado
<p>A equipe itinerante trabalha com a sensibilização de famílias. A construção de diferentes formas de cuidar é atribuição do CAPS (T01).</p> <p>O principal objetivo do trabalho é vincular o usuário ao serviço especializado (CAPS), sem descolar a equipe itinerante de todo o processo de cuidar (T03).</p> <p>Os paradoxos da equipe itinerante: ela é um anexo de outras equipes; “é preciso fazer trabalho em conjunto” X faz algo pontual: “cuidado em saúde mental é nos CAPS” (T02).</p> <p>O paradoxo do trabalho itinerante: diminuir a judicialização (busca ativa e trabalho protocolar) X corresponsabilidade com o usuário (ajudá-lo no trânsito pela rede) (T03).</p>	<p>O papel da equipe itinerante no contexto da rede de atenção psicossocial</p>

Fonte: Dados da Pesquisa.

Deste modo, a partir da aproximação e do trabalho analítico das unidades de significado, obtiveram-se as seguintes categorias empíricas da pesquisa: 1º) Elementos constituintes do trabalho da equipe itinerante – seu objeto e tecnologias; 2º) Organização do trabalho da equipe itinerante; e, 3º) Desafios e potencialidades do trabalho da equipe itinerante para a rede de atenção psicossocial. A primeira categoria responde ao objetivo principal do trabalho e a segunda e terceira aos objetivos específicos. A síntese final do processo analítico está exposta no Quadro 3.

Deste modo, a partir da criação das categorias empíricas, foi realizada a discussão e análise dos dados, orientadas pelos pressupostos teórico-filosóficos da pesquisa e do debate teórico que envolve as políticas públicas de saúde e saúde mental.

Quadro 03

UNIDADES DE SIGNIFICADO AGRUPADAS	UNIDADE TEMÁTICA	CATEGORIA EMPÍRICA
<p>Natureza/concepção do trabalho em uma equipe itinerante (T2, T3).</p> <p>O papel da equipe itinerante no contexto da rede de atenção psicossocial (T1, T2, T3).</p>	<p>Objeto de trabalho da equipe itinerante</p>	<p>ELEMENTOS CONSTITUINTES DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE – SEU OBJETO E TECNOLOGIAS</p>
<p>Instrumentos do processo de trabalho da equipe itinerante (T1, T2, T3).</p>	<p>Tecnologias implicadas no processo de trabalho da equipe itinerante</p>	
<p>O papel do coordenador da equipe itinerante (T1).</p> <p>Funcionamento/organização do trabalho da equipe itinerante (T1, T2, T3).</p> <p>A relação do trabalhador com a proposta da equipe itinerante – perfil, competências e modos de funcionar. (T1, T2, T3).</p>	<p>Funcionamento e organização do trabalho da equipe itinerante</p>	<p>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE</p>
<p>A relação da equipe itinerante com o poder judiciário (a rede de saúde e os prazos impostos pelo judiciário). (T1, T2, T3).</p> <p>A melhora do processo de comunicação entre a Equipe Itinerante e o judiciário para qualificar o trabalho em rede (T1, T2, T3).</p>	<p>Articulação intersetorial: a relação da equipe itinerante com o poder judiciário e seus desdobramentos</p>	
<p>Perfil de usuário atendido pela equipe itinerante (T2, T3).</p> <p>Potencialidades da equipe itinerante para a rede em saúde mental (T1, T2, T3).</p> <p>Desafios do trabalho da equipe itinerante com a rede de atenção psicossocial (T2, T3).</p>	<p>O trabalho em rede da Equipe Itinerante: entre desafios e potencialidades:</p>	<p>DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</p>

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.5 Considerações éticas

Para realizar o presente estudo, foram seguidos todos os preceitos éticos da pesquisa científica que envolve seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12. Além disso, foi garantido o respeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311 de 08 de janeiro de 2007, através do Capítulo III²¹, da pesquisa, ensino e da produção científica em relação às responsabilidades e deveres nos artigos 89, 90 e 91 e os artigos 94, 96 e 98, referente às proibições.

Desta forma, para dar início aos procedimentos éticos e legais da pesquisa, foi encaminhado um ofício à Secretária de Saúde do Município de Viamão para expor os objetivos do estudo, a fim de obter autorização para entrada em campo e coleta dos dados (APÊNDICE D). O projeto de pesquisa também foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS para avaliação e aprovação do estudo.

Logo, a pesquisa foi encaminhada, através da Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (APÊNDICE E) para sua apreciação. A pesquisa obteve aprovação do CEP em julho de 2015 através do número de parecer: 1.144.089 e somente após a liberação do Comitê de Ética o estudo foi iniciado.

A pesquisa possui riscos, pois ao realizar as entrevistas com os profissionais para a investigação de questões de processos de trabalho em saúde mental, os questionamentos podem gerar sentimentos de angústia, ansiedade, tensões, entre outros. No entanto, a pesquisadora trabalhou no sentido de diminuir qualquer desconforto físico-emocional que pudesse aparecer. Além disso, os profissionais tiveram a liberdade e autonomia para desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa do estudo.

²¹ Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Das Proibições: Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Do mesmo modo, entendo que a pesquisa agrega benefícios, pois possibilitará a reflexão do profissional em relação ao seu processo de trabalho em saúde, abordando questões sobre o trabalho em equipe, as ações no território, as relações interpessoais entre profissionais e sujeitos. Neste sentido, os questionamentos poderão qualificar as práticas profissionais e consequentemente proporcionar cuidados de qualidade a pessoas em sofrimento psíquico.

Na coleta de dados foi usado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), no qual constam as informações e objetivos da pesquisa. Assim, foi garantido o anonimato dos participantes do estudo em relação às informações fornecidas, o livre acesso aos dados e resultados da pesquisa, e resguardado aos participantes o direito de esclarecer qualquer dúvida, bem como o de desistir em qualquer momento do estudo.

A devolução dos dados será realizada pela pesquisadora, que irá agendar com os participantes o melhor momento, conforme a disponibilidade da equipe. Será realizada a apresentação da dissertação e entregue um volume impresso do trabalho para a equipe. Por fim, sob a responsabilidade da pesquisadora, o material obtido por este estudo foi salvo em arquivos de *software*, gravados em CD e será armazenado em local seguro por cinco anos; após, será incinerado.

O município de Viamão começou a ser povoado ainda no século XVIII por colonizadores interessados na riqueza de seus campos, e em 1880, pela Lei Provincial n.º 1.247, de 11/06/1880 é desmembrado do município de Porto Alegre para tornar-se vila e sede do município. O município de Viamão teve sua importância histórica quando começou a ser local das primeiras instâncias de criação de gado que seriam comercializados em Laguna, no estado de Santa Catarina (SC) (INSTITUTO..., 2010; VIAMÃO, Prefeitura Municipal).

Na divisão territorial realizada em 2003, a cidade de Viamão ficou organizada/dividida em oito distritos sendo estes: Águas Claras, Capão da Porteira, Espigão, Itapuã, Passo da Areia, Passo do Sabão e Viamópolis. A população residente em zona rural é de 14.441 pessoas e residentes em zona urbana é de 224.943 pessoas (INSTITUTO..., 2010).

De acordo, com os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano dos Municípios²², o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Viamão em 1991 foi de 0,511, em 2000 de 0,620 e no último IBGE de 2010 foi de 0,717. Este índice situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Os fatores que contribuíram para este índice foram a longevidade, com índice de 0,866, a renda, com índice de 0,720, e a educação, com índice de 0,591. No ranking de IDHM dos 5.565 municípios brasileiros Viamão ocupa a posição 1398, sendo que o maior IDHM é de São Caetano do Sul com 0,862 e o menor é de Melgaço com 0,418.

6.2 O sistema de saúde de Viamão

O município de Viamão conta com 49 estabelecimentos de saúde, distribuídos em públicos, privados e terceirizados, destes 23 são serviços públicos municipais, 25 privados e um estadual. Na cidade há 33 estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial com médicos de especialidades básicas e 20 com atendimento médico em outras especialidades. Para a internação de usuários do

²² O Atlas Brasil 2013 é um site de consulta ao IDHM a mais de 200 indicadores de desenvolvimento humano dos municípios e estados brasileiros. Os indicadores são de população, educação, habitação, saúde, trabalho, renda e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

Sistema Único de Saúde (SUS) existem 134 leitos em estabelecimentos de saúde privado/público (INSTITUTO..., 2010).

6.3 O sistema de saúde mental

A gestão municipal de saúde mental, responsável pela condução da política pública local, está organizada na forma de Colegiado, do qual participam a coordenadora de saúde mental do município, os coordenadores dos quatro CAPS, a coordenadora do SRT e as duas coordenadoras das equipes complementares. As reuniões de colegiado são semanais e o espaço é aberto para que outros profissionais da rede participem. Esse colegiado também é responsável por elaborar propostas a serem submetidas aos editais do Ministério da Saúde para implantação de novas estratégias de cuidado no município.

Em relação à Rede de Atenção Psicossocial, o município de Viamão conta com quatro CAPS: O CAPS II Renascer, o CAPSII Casa Azul, O CAPS Infantil Aquarela e o CAPS AD Nova Vida. Os CAPS atuam com equipes multidisciplinares atentando para o trabalho interdisciplinar no cuidado de seus usuários. Os serviços funcionam de segunda a sexta-feira das 08h às 17h, com exceção do CAPS AD, que possui o terceiro turno atendendo até as 21h. O acolhimento é realizado diariamente, sem necessidade de agendamento.

O município possui dezoito Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco com Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo estas: ESF da Vila Elza, ESF Águas Claras, ESF Itapuã, ESF Luciana, ESF Augusta Menheghine. O desafio nesta área está em aumentar o número de unidades com ESF, aumentando a acessibilidade dos sujeitos aos cuidados em saúde. As UBS devem encaminhar os usuários em sofrimento psíquico para os CAPS de sua referência. No final do tratamento do usuário no serviço de saúde mental, ele será encaminhado para a atenção básica com uma Carta de Continuidade de Cuidado com validade de doze meses.

Possui um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) que dispõe de dez vagas para moradia de pessoas com algum tipo de transtorno mental e sem vínculo familiar. Este serviço foi instituído a partir de uma demanda emergencial do município que, ao fechar uma clínica de saúde mental, precisou de uma casa para abrigar aproximadamente dez pessoas que não tinham vínculo familiar e nem um local adequado para morar. O SRT foi aberto de modo rápido e visa receber,

principalmente, as pessoas que vem de instituições privadas funcionando de modo precário. As pessoas ficam no serviço de forma transitória até a Equipe de Desinstitucionalização encontrar algum familiar que possa ficar com a pessoa ou algum serviço que tenha condições de recebê-lo. Este serviço é mantido com verba municipal e a gestão de saúde já possui o projeto para inscrevê-lo junto ao Ministério da Saúde.

Na cidade há um Hospital Geral, gerido pelo Instituto de Cardiologia de Porto Alegre. O Hospital de Viamão possui uma unidade psiquiátrica com dezoito leitos de saúde mental; no entanto, o número de vagas é insuficiente e em alguns momentos é preciso aguardar a liberação de uma vaga para realizar a internação de um usuário. As internações são realizadas quando é avaliada a necessidade deste cuidado pelas equipes dos CAPS e nos horários em que os CAPS não funcionam a equipe hospitalar é responsável por essa avaliação, mas devem comunicar a equipe dos CAPS para que os profissionais acompanhem o usuário.

Possui ainda o Pronto Atendimento, que deve referenciar as demandas de saúde mental para os CAPS e acolher esta demanda nos horários em os serviços específicos de saúde mental não funciona. A SAMU é outro ponto da rede que deve atuar na mesma lógica do Pronto Atendimento para usuários com sofrimento psíquico.

Em 2010 o município participou da III chamada de seleção de Projetos de Consultório na Rua, sendo contemplada na seleção. Em 2012, em nova chamada pública, o município foi novamente atendido, dando continuidade ao processo. No ano de 2012, Viamão também foi contemplado com projetos de supervisão clínico-institucional, além da formação da Escola de Redutores de Danos, projeto esse financiado pela I Chamada da seleção de Projetos de Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da Rede de Atenção Psicossocial (PINHO et. al., 2014).

Dando continuidade, em razão da necessidade de qualificação do cuidado e pela crescente demanda em saúde mental, a gestão municipal de Saúde Mental implementou no ano de 2014 as chamadas “Equipes Complementares de Saúde Mental”. Essas equipes, complementares à Rede de Atenção Psicossocial, têm a função de servirem de apoio aos serviços de saúde mental, foram divididas em: Equipe de Desinstitucionalização, Equipe Itinerante, Equipe de Redução de Danos, Equipe de Matriciamento e Equipe de Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica

(OTAB). Estas equipes possuem salas de trabalho localizadas junto ao CAPS AD e a da Coordenação de Saúde Mental. As Equipes de Desinstitucionalização e a Itinerante possuem salas individuais e as demais dividem o mesmo espaço.

A Equipe de Desinstitucionalização realiza acompanhamento técnico às instituições não regulamentadas que acolhem moradores com transtorno mental, e quando estas instituições estão funcionando de maneira precária, em que não haja boas condições para as pessoas morar, estes espaços são fechados. A equipe realiza esta atividade em conjunto com a Vigilância Sanitária e a Assistência Social.

Logo, a equipe é responsável por acolher os moradores destas instituições, ficando como referência para realizar a reinserção das pessoas em seu meio familiar ou em outros espaços em que os seus direitos de cidadania sejam garantidos. A equipe utiliza o SRT como um espaço para moradia transitória das pessoas que estavam nessas instituições. É composta por oito profissionais, sendo uma coordenadora. O serviço funciona de segunda a sexta feira das 08h às 17h.

A Equipe de Redução de Danos é composta por quatro profissionais de saúde, capacitados para realizar estratégias de redução de danos em serviços da rede de cuidado e nos territórios da rua, nos espaços de vida das pessoas. A Redução de Danos realiza ações nas ruas identificando espaços de uso, visitas domiciliares, acompanhamento de casos e reuniões intersetoriais. A equipe está vinculada a gestão de saúde mental e atende a demandas espontâneas e as oriundas dos serviços de saúde, da assistência social, do ministério público entre outros.

A Equipe de Matriciamento é composta por três profissionais graduadas em Psicologia, sempre presentes na sala da equipe e nas reuniões. Estas são responsáveis por ações de apoio na atenção básica para garantir o cuidado de saúde mental no território e em rede intersetorial, atendimento individual e em grupo e atividades de educação permanente. A inserção de uma equipe de matriciamento em um serviço se dará através da avaliação dos coordenadores e profissionais de saúde mental e da atenção básica.

As Oficinas Terapêuticas da Atenção Básica (OTAB) tratam-se de outra estratégia que almeja ações educativas de saúde mental. A profissional que atuava na OTAB realizava oficinas terapêuticas nos postos de saúde e tem a pretensão de envolver a equipe do serviço nas atividades para sensibilizar as mesmas para a importância do cuidado de pessoas com transtornos mentais leves no serviço. O

fluxo de trabalho da OTAB provinha da referência de pessoas identificadas pela equipe do Posto de Saúde que necessitassem de alguma atividade para minimizar os transtornos leves de doenças mentais e usuários de psicofármacos que não recebiam atenção em outros pontos da rede. O convite era estendido para a comunidade em geral através de cartazes distribuídos pelas paredes da UBS.

Por fim, percebe-se que devido à grande extensão territorial do município de Viamão, as Equipes Complementares e os serviços de saúde mental encontram desafios importantes para acessar os usuários. Um desses desafios é a disponibilidade de carro para todos os profissionais e serviços. Outro desafio das equipes complementares é o recurso humano; algumas equipes trabalham com um número pequeno de profissionais.

As reuniões das Equipes Complementares são realizadas uma vez por semana e todos participam, com exceção da Equipe de Desinstitucionalização, que realiza a sua reunião separada das demais equipes.

6.3.1 A Equipe Itinerante

A Equipe Itinerante é criada com o objetivo de diminuir o grande número de processos judiciais - Judicialização da Saúde Mental. Na sua formação foi realizado um acordo entre dois importantes setores: o setor saúde e o setor judiciário, em que ficou estabelecido que o judiciário antes de emitir um processo judicial emitirá uma guia para atendimento nos serviços de saúde mental para o usuário que necessita de tratamento.

A Equipe Itinerante começou as suas atividades no ano de 2013 e funcionou, inicialmente, com um representante de cada CAPS, que saíam de seus serviços e se reuniam para realizar as atividades itinerantes e responder aos processos judiciais. No ano de 2014 é criada oficialmente a Equipe Itinerante, juntamente, com as demais Equipes Complementares. A Itinerante deve ser composta por quatro profissionais atuando de segunda-feira à sexta-feira das 8h às 17h.

No momento da coleta de dados a equipe funcionou com a metade do número previsto de profissionais e houve muitas mudanças de profissionais por licença- saúde, trabalhadores que foram compor outra equipe e um que solicitou desligamento do cargo. A equipe estava composta por três psicólogos, sendo uma

coordenadora, e uma técnica de oficina. Uma das profissionais ficou afastada por um longo período da equipe por motivos de doença.

Assim, a Equipe Itinerante é responsável por receber as solicitações de tratamento em saúde mental oriundas do Ministério Público através de guias de atendimento ou de processos judiciais. As solicitações de tratamento são para usuários da saúde mental em sofrimento psíquico que pode ser pelo uso de drogas ou por outros motivos de ordem psíquica. O fluxo de atendimento com a guia funciona do seguinte modo: o usuário ou familiar procura o setor judiciário e solicita tratamento em saúde mental; o representante desse setor entrega à pessoa uma guia de atendimento para o serviço desejado. No serviço de saúde mental a pessoa é acolhida e suas necessidades em saúde devem ser atendidas; nos casos em que a família não consegue levar o familiar ao serviço a equipe tem dez dias para fazer a busca ativa e, passando este prazo, a equipe itinerante é acionada para realizar a busca ativa.

No momento em que o usuário é inserido no serviço, a equipe deve semanalmente enviar à Equipe Itinerante as anotações quanto aos cuidados prestados no serviço, quanto ao tratamento do usuário. A Equipe Itinerante, deste modo, deve encaminhar todas as guias preenchidas pelos serviços de saúde mental ao Ministério Público.

A utilização das guias é uma estratégia de diminuição do número de processos judiciais e de solicitações de internações compulsórias, possibilitando diferentes modos de cuidado que garanta a inserção social dos usuários em serviços comunitários. A equipe itinerante envolve-se neste cuidado quando as equipes dos serviços da rede não conseguem fazer a busca ativa do usuário com guia. Assim, a equipe é acionada para realizar a visita domiciliar e fazer a inserção dos usuários aos serviços de referência.

Os processos judiciais seguem um fluxo diferente das guias, pois os processos chegam direto para a equipe itinerante através do setor jurídico da saúde. A equipe atua com um número grande de processos, e todos possuem prazos para devolução ao jurídico. As solicitações são para internação compulsória, avaliação psicológica e tratamento, avaliação dos atos da vida civil, entre outros.

Ao chegar o processo à Equipe Itinerante, realiza-se o contato com o serviço de referência do usuário para marcar uma discussão de caso e logo é proposto uma visita domiciliar em conjunto. Na visita é realizada a escuta do usuário e da família

atentando para as necessidades destes e realizando a inserção nos serviços de saúde quando preciso. E por fim, a equipe itinerante e os profissionais de referência respondem formalmente ao Ministério Público sobre as condutas tomadas em relação ao cuidado do usuário. A equipe itinerante possui um grande número de demandas e os fluxos nem sempre acontecem como deveriam, sendo os prazos curtos de respostas ao Ministério um dos principais obstáculos.

No mês de julho de 2015 a Equipe Itinerante recebeu 50 processos do Ministério Público; de acordo com os profissionais foi o mês com maior demanda. Dos 50 processos, 13 eram do CAPS AD, 6 dos CAPS II, 5 do CAPS i, 15 de Atos da Vida Civil e 5 de serviços não identificados. No mês de agosto este número caiu pela metade; foram 26 processos sendo 9 do CAPS AD, 2 dos CAPS II, 2 do CAPS i, 6 de Atos da Vida Civil, um de avaliação de idoso, um reitera de processo do mês anterior e 3 processos de serviços em conjunto, CAPS AD com outros CAPS e com o Programa da Saúde do Idoso.

Em relação à produtividade da Equipe Itinerante, há mais de 18 itens que são pontuados. Para ilustrar alguns destes, foi construído o quadro abaixo com as atividades mais desenvolvidas pelos profissionais.

Quadro 04

Produtividade da Equipe	Julho	Agosto	Setembro
Agendamento Avaliação para os Atos da Vida Civil	09	09	02
Contatos telefônicos	133	246	260
Relatórios judiciais	34	31	52
Reuniões de rede	72	59	96
Reuniões de planejamento	58	67	62
Visitas domiciliares	04	10	03
Visitas domiciliares em conjunto	14	17	09
Visitas domiciliares para retorno	17	23	07

Fonte: Dados da pesquisa.

O contato com o sujeito, a família e profissionais dos demais serviços de saúde ocorre de forma complexa e desafiadora. A proposta de ações em conjunto nem sempre ocorre, pois todos os serviços possuem as suas demandas e limitações.

Por fim, nesta pesquisa foram investigadas as tecnologias presentes no trabalho da Equipe Itinerante em relação aos modos de cuidado e tratamento dos casos de usuários de drogas que chegam a este serviço. Deste modo, este capítulo trouxe algumas considerações e informações do local de estudo para melhor compreensão da análise dos dados que serão discutidos nos próximos capítulos.

7 ELEMENTOS CONSTITUINTES DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE – SEU OBJETO E TECNOLOGIAS

Quando retomo os conceitos centrais que envolvem o trabalho em saúde, o objeto e os instrumentos são as condutas representadas pelo nível técnico de conhecimento e saber da saúde e o seu produto final é a prestação do cuidado que é produzida e consumida em ato (PIRES, 1998).

Para realizar as ações em saúde, em primeiro lugar é preciso clareza em relação ao objeto de trabalho. Em saúde, esse objeto é o indivíduo ou grupos sadios/doentes com diferentes necessidades (PIRES, 1998), para o qual se destinam tecnologias, marcadas pelas suas dimensões técnicas e sociais. Assim, as tecnologias não estão prontas, dadas e postas, mas as escolhas determinam o processo de trabalho e as ações como articuladas socialmente (GONÇALVES, 1994). Logo, para olhar para as tecnologias de modo amplo, é preciso reconhecer que o processo envolve a concepção do objeto e também as finalidades da produção de trabalho.

No campo da saúde mental, ao desvendar esse objeto, encontramos vários desafios. Um deles, por exemplo, refere-se ao usuário de drogas. Nesse caso, percebemos ligações delicadas, conflitantes e perigosas entre as concepções de saúde/doença, as relações muitas vezes tensas entre a saúde e o judiciário, que direciona a redefinição de tecnologias. Também é possível visualizar a escassez de trabalhos que envolva outros setores e uma prática de “apaga incêndios”, que não possibilita um cuidado digno a estes usuários (SCISLESKI, 2005).

Por isso, os atores sociais inscritos nas políticas públicas de saúde são convocados a repensar a sua inserção no campo, como também todo o processo de trabalho que o envolve. É dizer que o trabalhador precisa constantemente rediscutir e reinventar novos modos de cuidado aos usuários de drogas de forma a possibilitar a integralidade das ações em saúde. Dessa forma, com foco nessa necessidade de aprimorar a prática, os profissionais da saúde mental do município de Viamão criaram a Equipe Itinerante, sendo um novo modo de olhar para as questões que envolvem o uso de drogas, como também trazendo subsídios e novos desafios ao trabalho em saúde mental.

7.1 Objeto de trabalho da equipe itinerante

É no encontro entre usuário/trabalhador que as tecnologias do cuidado são postas em prática e se materializam em ações ao usuário - objeto de trabalho da saúde. Estes encontros implicam intersubjetividade, com a produção de relações entre os sujeitos. Por isso, deve envolver novos cenários, como os espaços da rua, o território, as instituições, os CAPS e os espaços comuns de vida, trazendo ao trabalho em saúde outras possibilidades estratégicas de cuidado, como a itinerância, a cartografia e a articulação (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014; DUTRA; OLIVEIRA, 2015).

A itinerância pode operacionalizar o cuidado no território, espaço organizador do processo de trabalho da saúde mental e da atenção básica, pois possibilita movimento, dinamismo e produção de relações nos espaços de vida do usuário. Desse modo, a itinerância pode transformar o território do usuário em laboratórios de invenção de vida, promovendo um olhar ampliado e deslocando as intervenções para as necessidades em saúde do usuário, estabelecendo como objeto de trabalho o sujeito em sofrimento no seu contexto social (DUTRA; OLIVEIRA, 2015).

O modo itinerante na área da saúde possibilita o encontro entre usuário e trabalhador no contexto de vida e pode ser uma inovação, conforme a sua aplicabilidade na prática dos serviços. A Equipe Itinerante deve trabalhar com esse modo de encontro, recriando e possibilitando novas formas de cuidado aos usuários e familiares da saúde mental.

No entanto, o trabalho da equipe é novo e talvez inédito dentro das políticas públicas de saúde e saúde mental, pois foi criada para atender a demandas urgentes do município²³ - diminuir a judicialização da saúde através de ações entre o setor judiciário e saúde - que geram dúvidas aos profissionais em relação à natureza, concepção do trabalho e ao papel da equipe no contexto da Rede de Atenção Psicossocial.

²³ A criação da equipe itinerante em Viamão é fruto de um processo histórico determinado pelo princípio da municipalização, ou seja, a criação de estratégias que respondam as necessidades de saúde do indivíduo e coletivo de um determinado território e a adoção de recursos para o cuidado nesse contexto locorregional. Trata-se de um dos princípios fundamentais que sustentam o Sistema Único de Saúde, uma vez que as realidades são distintas e as necessidades de saúde também. Pela municipalização, a gestão local é convocada a realizar ações que irão ao encontro das reais necessidades em saúde do seu território (BRASIL, 2011).

Nos relatos a seguir, é possível constatar que o objeto de trabalho da Equipe Itinerante parece ser o usuário e as respostas ao Ministério Público uma consequência de um olhar *a priori* fruto do encontro entre usuário e trabalhador:

A principal resposta que a gente tem que ter é em relação ao cuidado do usuário, então a resposta ao Ministério é uma consequência disso [...] Eu acho que bom é nosso usuário da saúde mental, claro que a equipe itinerante não é a referência, não vai ser a referência do cuidado [...] mas um trabalho articulado, num trabalho às vezes de apoio dos CAPS tu tem que poder perceber que aquele usuário também é teu (T03).

Acho que a gente tem que tá podendo pelo menos tentar, a ideia é que seja possível de seguir acompanhando o que esta sendo executado, como esta sendo feito o cuidado [...] Mas, o acompanhamento é de outra forma, a gente segue no contato com o serviço, dai eu vejo como um trabalho quase de matriciamento talvez da questão do jurídico (T02).

A pontualidade no trabalho não é avaliada a partir de uma determinada demanda específica, mas pensada enquanto estratégia de continuidade, de seguir acompanhando o caso, o usuário. E, de fato, o trabalho da itinerante é semelhante ao de equipes de matriciamento²⁴, e é necessário, pois a diminuição da judicialização requer movimentos contínuos e de profundidade nas relações com os serviços de referência no cuidado em saúde mental.

Logo, a equipe acredita que o objeto de trabalho é o usuário e que o papel dos profissionais é pensar estratégias que possibilitem a continuação da terapêutica pelos CAPS, sempre em parceria com a Equipe Itinerante:

O nosso trabalho vai muito na perspectiva também, óbvio, do trabalho do CAPS. A gente tem que andar junto nessa jornada [...] o acompanhamento e a execução fica realmente para o CAPS, que é o serviço de referencia pra isso, pro cuidado e tal pro acompanhamento. Mas, eu acho legal assim da gente pode estar juntos nesses momentos de avaliação e planejamento (T03).

É atribuição responsabilidade maior do CAPS é, mas se a itinerante foi criada no sentido de diminuir a judicialização então não é só os casos novos, não é só trazer para a acolhida, é pra trazer para a reacolhida, é pra pensar junto com o CAPS o cuidado daquele usuário, que é uma guia pra, enfim pensar maneiras e estratégias de se evitar que daqui a pouco essa família entre com um processo (T03).

²⁴ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir cuidado em um processo de construção compartilhada com duas ou mais equipes de saúde, construindo um modo de intervenção pedagógico-terapêutica. O cuidado compartilhado ocorre pela integração da saúde mental à atenção primária (BRASIL, 2011).

A função da Equipe Itinerante na rede é de apoio aos serviços especializados e de trabalho em conjunto na terapêutica de cada usuário. O profissional facilita o acolhimento do usuário no serviço especializado, por exemplo, no CAPS, sem se desresponsabilizar do cuidado e, principalmente, deve trabalhar para evitar a judicialização da saúde. Os CAPS são constantemente referenciados pelos profissionais, no entanto, é preciso estar atento e realizar outras parcerias institucionais, na perspectiva de que o cuidado em rede ao usuário de drogas envolve outras instâncias e setores do setor saúde e extra saúde.

Neste sentido, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira destaca a rede como um importante operador conceitual da reforma e prevê que as ações de cuidado sejam realizadas em redes. Logo o modelo psicossocial de atenção em saúde mental destaca as redes formais e informais dos indivíduos e família como norteadoras para a realização do cuidado que deve ser centrado na comunidade (COLLARES, 2010).

A construção de redes deve ocorrer no âmbito municipal e regional através de fluxos transversais e intersetoriais que promova a circulação dos usuários pelos diferentes dispositivos de cuidado. Assim, cada dispositivo desempenhará funções complementares ao cuidado, mas sem papéis estanques e fluxos burocráticos. A rede deve ser mobilizada e articulada a partir das necessidades em saúde de cada usuário, atentando para a construção de projetos terapêuticos individuais dinâmicos e articulados com todas as redes que o envolvem (VASCONCELOS, 2010).

Deste modo, entendo que os desdobramentos do processo de trabalho da equipe itinerante devem ser guiados para a construção de redes de cuidado ampliando para além dos CAPS. E, embora o CAPS seja a referência para desenhar as trajetórias de cuidado ao usuário de drogas pelos serviços de atenção, a itinerante deve atentar para os princípios de articulação em rede que norteiam a reforma psiquiátrica para realizar as suas atividades, valorizando o diálogo e o trabalho compartilhado com diferentes serviços de base comunitária, como destacam os depoimentos a seguir:

Não faz muito sentido um trabalho de uma equipe itinerante que seja só pontual, que seja só marcado pela relação com o jurídico, me parece que não teria quase relação com o cuidado, algo muito distante mesmo. Então acho que tentando se aproximar e fazendo essa relação com o serviço, tentando pensar numa equipe que de certa forma é um anexo de cada um

dos CAPS, acho que as possibilidades elas são muito diferentes o cuidado é muito diferente (T02).

As parcerias eu acho que vão aparecendo mais conforme as demandas vão chegando [...] Eu tive uma vez ali no Centro POP. O albergue é um equipamento bem importante assim da gente poder contatar que é bem difícil por que eles abrem as cinco e a gente sai às cinco (T02).

De tal modo, olhar para as necessidades que cada usuário traz é construir novas redes que são reconstruídas a partir das precisões de vida das pessoas. Por isso, as parcerias com os demais serviços que compõem a rede intersetorial são muito importantes.

As intervenções de cuidado em saúde mental na atenção de usuários de drogas requerem o acompanhamento deles pelas redes (escolas, serviços de saúde, justiça, conselhos tutelares, ONGs, entre outros). Sendo esse trabalho complexo e mutante, inserir é estar sempre acompanhando e fazendo um trabalho coletivo em busca de novos prazeres e satisfações que possam substituir o que a droga e o tráfico proporcionam para si (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008).

Deste modo, o trabalho na equipe itinerante traz riqueza às políticas de saúde mental locais, pois possibilita o constante encontro dos profissionais de saúde com os usuários em seus espaços de vida, no território e em suas casas. E não há como negar que as ações nos territórios são enriquecedoras pela complexidade de vida que envolve cada ser humano. Além disso, são nesses espaços que se estabelecem os limites dos profissionais, ou seja, o território do usuário não é o das instituições e é preciso respeito e delicadeza nesses cenários:

Acho muito rico no sentido do conteúdo do que pode ser visto do que pode ser avaliado da pessoa estar no contexto dela de onde ela vive se relacionando ali com os objetos com as outras pessoas da casa, com a vizinhança às vezes com a família. Então isso é muito rico assim, mas acho que precisa de muito cuidado de uma delicadeza de como chegar assim, essa coisa de chegar com uma questão jurídica junto é um pouco mais pesado [...] Acho que a gente precisa tomar muito cuidado de não ser invasivo de respeitar o momento da pessoa, cuidados com a gente no sentido de se proteger, cuidado com o território (T02).

O cuidado no território substitui os discursos homogeneizantes da ideologia psiquiátrica tradicional, pois possibilita compreender a história da sociedade, as lutas e disputas, as relações pessoais, os processos econômicos, políticos e sociais. Portanto, estar nesses espaços possibilita construir projetos de cuidado que

fortaleça o convívio familiar, a lidar com as diferenças pessoais e a investir em ações para aqueles que necessitam de atenção (SILVA; PINHO, 2015).

Deste modo, o trabalho na equipe itinerante precisa amadurecer para dar mais segurança e clareza ao trabalhador. É necessário ter claro que, em sendo o objeto de trabalho dessa equipe o usuário, seu papel é compor redes de cuidado capazes de articular o modo ampliado de fazer da saúde com as definições do poder judiciário, contemplando a vida como premissa que vai além do uso da substância. Isso quer dizer que esse cuidado se complexifica não somente nas relações estabelecidas com ela, mas nas oportunidades e escolhas que cada pessoa faz e que pode determinar muitos caminhos de cuidado:

Hoje eu acho que ainda é um desafio grande, sinto que eu recém cheguei, não dá pra dizer que não se faz nenhum movimento, eu acho que a gente faz, acho que a cada resposta é um movimento e mesmo que tu não tentes fazer nenhum tu tá no mínimo reproduzindo ou colaborando para que ele se mantenha, mas acho que dá pra pensar em amadurecer muito mais. Assim, como lidar com isso, como se colocar, como responder e eu sinto que eu preciso ter mais clareza das coisas pra me sentir mais segura (T02).

O limite é muito tênue mesmo. A gente fica muito mais atrelado a questão das buscas ativas em relação às guias e as respostas em relação aos processos, mas se a gente tem um princípio maior que é de evitar a judicialização eu acho que eu não posso me preocupar só com aquela guia (T03).

O “limite é tênue”, como aborda T03, porque o ser humano é único e alguns vão demandar mais dos serviços de saúde que outros. Assim, o cuidado ao usuário fica mais dinâmico, porque envolve essa singularidade que não é possível encaixar em escolhas pré-formatadas e prescritivas. Se no contexto da reforma psiquiátrica a prática também vai dando contorno à teoria, isso vai trazendo questionamentos e tensões ao trabalhador, dando oportunidade para que repense o seu processo de trabalho.

No entanto, em relação ao papel da Equipe Itinerante, ainda aparecem divergências de concepções, principalmente em relação às responsabilidades. A equipe parece ter claro que o objeto de trabalho em saúde é o usuário, todavia responsabiliza os Centros de Atenção Psicossocial, como serviços especializados, por esse cuidado:

Entendo que é uma atribuição do CAPS, de trabalhar com esta família e essa sensibilização [...] ir construindo essas outras formas de cuidado com

essa família e a marca que fica uma internação psiquiátrica para um menino de quinze anos, isso é uma atribuição do CAPS no meu entendimento (T01).

Eu acho que é uma atribuição do CAPS AD pensar o cuidado na linha de álcool e drogas, ter uma atenção pras guias, pra que estas guias não se tornem processos, ter uma atenção pras famílias, para que as famílias apreendam a lidar com a própria ansiedade e que possa entender qual é a indicação de cada terapêutica. [...] A itinerante vai informar que chegou o processo e pode pensar junto às primeiras abordagens, mas a gente sabe que normalmente são os usuário que também tem o seu próprio tempo de se vincular ao serviço, e aí eu entendo que a itinerante não tem pernas suficientes pra seguir nesta caminhada junto ao usuário (T01).

A nossa proposta de atuação de cuidado em saúde mental são os CAPS é o cuidado no território [...] implica vínculo, a continuidade do cuidado vários valores, princípios que a gente entende que uma equipe de CAPS tem mais possibilidade de fazer considerando que a equipe itinerante vai fazer algo mais pontual, vai acessar aquele usuário vai fazer uma intervenção, vai avaliar conforme a solicitação do processo vai responder e não vai dar continuidade aquele cuidado, mas ele precisa ser continuado então eu entendo que é uma demanda que ela é do CAPS, mas que a itinerante vai se haver com a questão judicial (T02).

Logo, não parece ser função da Equipe Itinerante o cuidado e sim dos serviços de referência, uma vez que a equipe precisa responder aos processos judiciais da saúde. Segundo T01, por exemplo, é responsabilidade do serviço de referência cuidar do usuário e da família, criando estratégias de vinculação dos mesmos ao serviço. Portanto, para realizar a terapêutica do usuário é preciso contratualidade, abordagem e segmento, sendo o CAPS o serviço de referência que vai realizar esse trabalho.

No entanto, entendo que é preciso compreender a importância do trabalho em rede e de articulação com os serviços para que a Equipe Itinerante possa servir de apoio aos serviços especializados. Na saúde todos os profissionais são responsáveis pelo cuidado e, embora o CAPS seja a referência na rede de saúde mental, a itinerante precisa estar presente na construção de novas terapêuticas que possam cuidar do usuário, diminuindo a judicialização da saúde e, principalmente, mantendo o foco no objeto de trabalho da saúde, o usuário.

Hori e Nascimento (2014) destacam que, no campo da saúde, conceitos como interdisciplinaridade, integralidade, territorialidade, articulação em rede e incentivo à participação social fazem parte da agenda das políticas públicas. Desse modo, ações de prevenção e promoção da saúde levam em conta que a complexidade do

cuidado é de responsabilidade de todos, sendo que cada trabalhador e cada serviço precisam encontrar seu lugar nessa rede.

Aqui entra uma questão interessante em relação à equipe itinerante: a de que o seu lugar nessa rede é de diálogo com o judiciário, de cuidado do usuário junto a este setor, de desconstrução da terapêutica de internação como único caminho possível:

Eu acho que depende, se você quiser acompanhar a terapêutica de tratamento do usuário, talvez, se tu queres ser uma peça dessa terapêutica, talvez não seja o momento de trabalhar na itinerante, mas se tu quiseres participar disso e cuidar desse usuário junto ao judiciário. Às vezes são detalhes de respostas, [...] são sutilezas que é outra forma de cuidar sabe, que é tu mostrar pra essa pessoa que tem também outros jeitos (T01).

Claro que a equipe itinerante vai executar o cuidado quando muitas vezes é o primeiro contato do usuário com a saúde mental ou uma reaproximação da saúde mental [...] Mas, o cuidado em si não é responsabilidade deste serviço, é responsabilidade do serviço de origem (T01).

O papel do trabalhador na equipe não é de continuidade das ações ao usuário, mas de propor outros modos de cuidado junto ao setor judiciário. Trata-se de um grande exercício técnico de articulação, no sentido de que se evite apenas o trabalho operacional de responder às demandas do poder judiciário, mas também que se possa participar do acompanhamento do cuidado junto aos serviços especializados da saúde mental. Uma articulação complexa, mas que enriquece e dá um colorido especial à prática em saúde mental.

Deste modo, é preciso salientar que o judiciário faz parte da rede de cuidado em saúde mental e que a procura por esse serviço pelos familiares, por exemplo, é para encontrar medidas de tratamento que, em alguns casos, não foram resolvidos pelo setor saúde. E, também, é necessário realizar esse trabalho com o Ministério Público para que este fiscalize todos os pontos da rede de cuidado exigindo qualidade dos serviços prestados.

Por fim, o trabalho na equipe itinerante é desafiador, é algo novo, sendo natural que apareçam dúvidas em relação ao trabalho nessa composição. No entanto, a discussão constante sobre estratégias de articulação, enfrentamento de ruídos, além das iniciativas dos trabalhadores, traz novas possibilidades concretas de produzir práticas em saúde mental articuladas com a realidade local.

7.2 Tecnologias implicadas no processo de trabalho da equipe itinerante

Para discutir as tecnologias do processo de trabalho é preciso compreender que não são apenas equipamentos/instrumentos/ferramentas que estão envolvidas nas ações, mas um saber tecnológico e o *modus operandi* que dão sentido ao que será ou não a “razão instrumental” do equipamento. Neste sentido, o processo de trabalho em saúde pode limitar as ações e a autonomia do profissional, conforme a sua organização, se houver outrem guiando o modo como devem ser realizadas as atividades ou por haver o predomínio de manejo dos instrumentos e não do cuidado do usuário como foco do trabalho. Nesta situação o trabalho vivo é capturado pelo trabalho morto, norteador o processo de trabalho (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Nesse contexto complexo, percebo que é preciso saber usar as tecnologias de trabalho, ter claro qual o objetivo do seu uso, qual a finalidade. Porque não basta saber usar os instrumentos técnicos, é preciso saber operar de forma a realizar intervenções que promovam encontros permeados de escuta, vínculo, acolhimento do usuário. Além disso, há a preocupação com as grandes demandas de trabalho que dificultam o profissional a realizar as intervenções de modo a garantir o cuidado. E esta preocupação está presente no discurso dos próprios profissionais que compõem a Equipe Itinerante.

No contexto desta equipe, os instrumentos de trabalho são: Guia de Encaminhamento, Avaliação dos Atos da Vida Civil, Visita Domiciliar, as Internações Psiquiátricas e as Reuniões de Equipe.

7.2.1 Guias de Encaminhamento

As Guias de Encaminhamento originaram-se de um acordo realizado com o setor saúde e o setor judiciário, em que este encaminha o usuário aos serviços de saúde mental para ser acolhido e acompanhado pelo serviço ou por outro ponto da rede. Trata-se de uma maneira de responsabilizar o setor saúde por esse acompanhamento, evitando a abertura de processos judiciais. O setor judiciário recebe a solicitação através do próprio usuário ou do seu familiar, e notifica o serviço de saúde mental para que este avalie e dê o encaminhamento necessário.

As Guias de Encaminhamento são um importante instrumento de trabalho para os serviços de saúde mental e a Equipe Itinerante, pois possibilitam evitar os processos de judicialização da saúde. É uma tecnologia que facilita o cuidado, evitando a racionalidade das ações através de internações compulsórias, muitas delas desnecessárias:

[...] guias não são processos, são coisas diferentes, as guias me parecem que é algo de um controle, de um cuidado no sentido de a saúde mental se responsabilizar mais pelas suas demandas, não que não se responsabilizasse antes, mas a intenção é de que se fique mais de olho, mais perto com cuidado mais afetivo, evitando a criação de processos (T02).

A guia vai trazer um monitoramento junto ao MP. Ela seria algo que a gente costuma dizer que seria feito antes de um processo acho que também em termos de gestão de serviço a guia ela onera muito menos o município do que um processo aberto aqui, que gera muito custo e a guia não. Em termos de cuidado eu acho que a guia também facilita que a gente tenha um monitoramento e um acompanhamento maior ou mais aproximado talvez mais qualificado (T03).

Deste modo, as Guias de Encaminhamentos são procedimentos anteriores a um processo judicial, nas quais o judiciário entrega uma guia ao usuário ou familiar, que fica responsável por trazer ao serviço de saúde mental para ser acolhido e avaliado. Caso inicie o tratamento, o serviço de referência deve enviar semanalmente a situação da pessoa à Equipe Itinerante, que encaminhará ao judiciário. Outro ponto importante desse instrumento é o fato de ajudar as famílias a conhecerem os serviços de saúde mental disponíveis para o cuidado do usuário de drogas, pois muitas pessoas não os identificam. Assim, o judiciário se transforma em uma efetiva porta de entrada para promover cuidado, ao facilitar também a divulgação dos serviços de saúde mental na comunidade.

Na prática, a instituição das Guias de Encaminhamento agiliza fluxos no município, facilitando articulações em rede de maneira mais lógica e efetiva, evitando a abertura de processos onerosos ao estado. Considero que essa articulação responde a uma necessidade de melhorar a gestão do cuidado, fazendo a rede se movimentar. No entanto, do outro lado dessa articulação, está à família do usuário de drogas, que recebe essa guia e precisa acompanhar esse fluxo.

Em Viamão, esse fluxo de corresponsabilização da família compreende o seguinte processo: a família procura o sistema judiciário e recebe a guia de

encaminhamento e de posse dela deve acionar o sistema de saúde. A partir do momento em que a guia chega ao serviço de referência, os profissionais precisam criar estratégias para vincular o usuário ao serviço. Se o serviço de referência não consegue realizar a inserção do usuário, a Equipe Itinerante é acionada e deve realizar a busca ativa do usuário e da família.

No entanto, em alguns momentos, isso se torna uma cobrança adicional ao próprio familiar para responsabilizar-se mais pelo cuidado. Em suma, é possível entender que essa trajetória pelo tratamento seja permeada de sobrecarga do cuidador, já intensificada pelo próprio uso da droga. Em dois trechos das observações de campo, essa realidade aparece:

P03 fala que fez uma visita na casa da [nome da jovem] disse que a mãe falou que ia trazer a menina ao serviço. Ela observa que a mãe não sabia como funcionava a coisa de guias, disse que a mesma achou que ia ajudar a filha, mas que percebe uma grande cobrança para que a menina faça o tratamento no serviço e que ela, a mãe, não consegue levar a filha, pois não aceita tratamento e a mãe precisa trabalhar (DC).

O pai tem dificuldades de se comprometer com um tratamento intensivo de seu filho no CAPSi, é confuso e se sente pressionado pela equipe. P02 observa que na visita que fez na casa da família, a madrasta se mostrou aberta para ajudar no cuidado. Mas um colega observa que a família procura a justiça para se livrarem do problema, no entanto, quando percebem que são cobrados ainda mais, pois terão que se responsabilizar pelo cuidado e trazerem o filho no serviço, eles se irritam e não querem ajudar (DC).

Muitas famílias, sem saber lidar com a questão do uso de drogas, procuram o setor judiciário para resolver o problema, mas dependendo do esgotamento do familiar, este pode não querer se envolver na terapêutica. Essa questão já vem sendo debatida em alguns estudos (SEADI; OLIVEIRA, 2009; DUARTE, 2013; MEDEIROS et al. 2013), que trazem não somente a falta de envolvimento do familiar, coparticipe desse processo, como também a necessidade de relativizar essa responsabilidade, uma vez que, o uso de drogas é um fenômeno complexo, traz repercussões importantes no funcionamento da família, além de sofrimento, sobrecarga de cuidados e esgotamento emocional.

No estudo de Pinho, Hernández e Kantorski (2010), identificaram-se ainda relações que tendem à responsabilização da família, tratadas pelos trabalhadores como se fossem relações que procuram o comprometimento genuíno. Para eles, a participação da família no tratamento potencializa o processo de intervenção e

cuidado, mas, ao colocar o sucesso da terapêutica a cargo dessa participação, seria o mesmo que responsabilizá-la pelos sucessos ou fracassos nessas intervenções.

Assim, os profissionais colocam-se em uma posição resignada de que “fizeram o que podiam” e podem acabar transferindo a responsabilidade pelo insucesso numa terapêutica para a família. Ao realizarem a transferência da responsabilidade para a família, formam um circuito que inicia e termina na equipe, pois os trabalhadores a responsabilizam pelo afastamento na terapêutica, mas ficam responsabilizados implicitamente pelo desconhecimento e o cuidado dessa mesma unidade familiar (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Diante dessa situação, muitas famílias podem pedir o cancelamento da guia de encaminhamento, para que não haja pressões adicionais pelas equipes de saúde. Apesar da importância desse fluxo para agilizar os processos de gestão, visualizo que é preciso também dimensionar as questões qualitativas que contemplam a singularidade de cada situação, de forma a não engessar o próprio fluxo de trabalho e a trazer a família como verdadeira parceira para o tratamento, considerando suas dificuldades, potencialidades e limitações.

7.2.2 Atos da Vida Civil

De acordo com a Lei 10.406 de janeiro de 2002, que institui o Novo Código Civil, às pessoas consideradas como incapazes para os Atos de Vida Civil são: menores de dezesseis anos, as pessoas com deficiência mental ou enfermidade que comprometa o discernimento para realizar tais atos e os acometidos por causas transitórias que não podem exprimir sua própria vontade. Em relação à incapacidade temporária, podem ser consideradas as pessoas maiores de dezesseis e menores de dezoito anos e usuários de substâncias, além de pessoas com necessidades especiais (BRASIL, 2002).

Deste modo, o Código Civil estabelece as condições ou hipóteses que devem ser satisfeitas para reconhecer o indivíduo com direitos ou possibilidade de exercê-los. Dentre elas, consta a necessidade de avaliação psiquiátrica para atestar que indivíduos possuem ou não condições psíquicas para isso, além de ser um requisito legal para concessão de benefícios sociais ou para a interpelação judicial.

Os Atos da Vida Civil também fazem parte do cardápio de instrumentos de trabalho da Equipe Itinerante, no momento em que é solicitada avaliação psiquiátrica:

Os atos da vida civil são um acordo que ocorreu entre o município e o judiciário, que é muito diferente do outro município onde eu trabalhei. O município deixaria um profissional, um psiquiatra a disposição pra esse tipo de avaliação, a equipe ela tem autonomia pra ir, diretamente, na secretária de saúde e agendar os processos, estas marcações das avaliações, e ela se coloca a disposição da família para acompanhar esse deslocamento [...] Mas, eu não entendo como sendo uma atribuição da saúde mental, a atribuição da saúde mental é disponibilizar o tratamento de saúde mental pra quem dela precisa (T01).

Vale lembrar que as solicitações que envolvam os Atos da Vida Civil chegam ao serviço através de processos judiciais e os profissionais realizam uma visita domiciliar ao usuário para avaliar a situação e agendar uma consulta com o médico psiquiatra.

No entanto, a equipe acredita que essa intervenção burocratiza uma demanda que poderia ser atendida pelo médico psiquiatra sem a abertura formal de processo judicial. Além disso, a equipe ressalta que assume atribuições que não seriam de sua competência, como conduzir a pessoa até a avaliação:

Eu acho que é uma demanda extremamente atravessada, acho que com o médico atual que tá se fazendo isso se conseguiu uma articulação maior, mais ainda assim eu fico me perguntando qual é o nosso papel, por que ele acaba sendo muito mais de uma intermediação só do que de fato uma intervenção técnica [...] Por que outros setores ou outros pontos da rede não poderiam tá dando conta disso? (T03).

Uma possibilidade para agilizar esses procedimentos operacionais e o compartilhamento dessas responsabilidades pela rede foi um dos pontos de discussão da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010. Nela, foi discutida a desburocratização de ações intersetoriais, principalmente as que envolvem o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), órgão público responsável pela concessão de benefícios previdenciários e assistenciais. Deixar na mão do psiquiatra essa avaliação pode engessar os fluxos de trabalho das equipes assistenciais. Nesse sentido, seria possível ampliar o escopo desses laudos, instituindo laudos psicossociais, realizados por uma equipe multiprofissional do serviço de saúde. Isso poderia diminuir a centralidade do trabalho médico e fazer

funcionar a rede com maior eficiência, a favor da necessidade do usuário (BRASIL, 2010).

Deste modo, a discussão levantada pela Equipe Itinerante parece importante, uma vez que lidar com os Atos de Vida Civil envolve também o comprometimento integral da rede de cuidados. Deixar nas mãos de apenas uma equipe essa responsabilidade pode até ajudar na organização de determinados fluxos assistenciais, no entanto o usuário transita por vários serviços de saúde. Daí a necessidade também de envolver essa responsabilidade com outros pontos da rede de saúde mental.

7.2.3 Visitas Domiciliares

A visita domiciliar é um instrumento valioso de trabalho para qualquer serviço de saúde, bem como para a Equipe Itinerante que a utiliza constantemente. Essa tecnologia aproxima os profissionais dos usuários e familiares, e facilita a articulação da equipe com os demais pontos de cuidado da rede.

Para Lima et al. (2015), a visita domiciliar é um instrumento de trabalho que revela um universo de informações sobre o usuário e suas condições de vida, possibilitando ao trabalhador a interação no ambiente familiar e social, conhecendo o cotidiano, a cultura, as crenças e costumes. Essa ferramenta proporciona, ainda, experiências enriquecedoras para os trabalhadores, usuários e famílias.

No contexto da equipe itinerante, a visita domiciliar é fundamental, pois é dessa forma que ocorrem os primeiros contatos entre os serviços de saúde, familiares e usuários, necessários para a intervenção terapêutica e para responder ao judiciário através dos relatórios. A visita domiciliar deve ser em conjunto com os trabalhadores do serviço de referencia, por exemplo, o CAPS AD, e há um grande esforço dos profissionais envolvidos para realizar deste modo.

Além disso, é por meio da visita domiciliar que são conhecidos muitos aspectos do cotidiano da família que nem sempre são revelados no interior dos serviços de saúde, como mencionado nos fragmentos a seguir:

[...] Eu acho que é muito rico tu poder ir até o usuário sabe e é isso que a gente tem trazido cada vez mais pros CAPS, bom a gente vai até o usuário a gente conhece o contexto em locus a situação dele, eu acho que a casa o lugar onde a pessoa vive diz muito dela também (T03).

[nome da idosa] é idosa cuidadora da mãe que tem alzheimer e do filho que é usuário de drogas e esta com tuberculose, sem tratamento clínico. O caso da [nome da idosa] chegou para a Equipe Itinerante como uma solicitação de avaliação psicológica e clínica para a sua mãe, mas ao irmos à casa da família a mesma relata que quer levar a mãe para uma casa de idosos, pois já esta muito cansada cuidando dela e do filho. [nome da idosa] contou na primeira visita que já entrou com um processo judicial para tratamento e internação do filho também (DC).

Os motivos principais de acesso ao usuário são outros, além da demanda judicial, como: vínculo, acolhida, ajuda, o respeito ao sujeito e sua história de vida. Do ponto de vista do setor saúde, a visita domiciliar desvenda a possibilidade de novas tecnologias assistenciais focadas no respeito à necessidade do outro, a percepção de que o usuário tem desejos e escolhas, além da força com que o vínculo se torna mais genuíno, sem cobranças ou engessamentos na relação.

Neste sentido, é no encontro entre usuários e profissionais que as tecnologias leves estão inscritas, sendo estas o acolhimento, a escuta, o vínculo, a corresponsabilização pelo cuidado, o olhar ampliado em saúde, entre outros elementos essenciais para realizar a terapêutica dos indivíduos e famílias (MERHY, 2002).

Deste modo, o cenário de uma visita domiciliar se mostra desafiador, pois se evidenciam situações delicadas de vida que exigem delicadeza, cuidado e atenção dos trabalhadores. Para Lima et al. (2015), na visita domiciliar é realizado o conhecimento do usuário e da família possibilitando fortalecer vínculos entre todos os sujeitos envolvidos e construir planos terapêuticos que irão ao encontro da realidade de vida. Para o profissional, possibilita almejar a prevenção, promoção, o cuidado e a reabilitação de doenças e agravos.

Além disso, no estudo de Albuquerque e Bosi (2009) com os usuários atendidos pelas Unidades de Saúde da Família, alguns entrevistados revelaram que preferem o atendimento em seu domicílio, através das visitas, pois sentem que há maior diálogo. Deste modo, é preciso valorizar as visitas enquanto tecnologias de trabalho das equipes de saúde.

No entanto, cria-se também um dilema na equipe itinerante. O fato de estarem representando dois setores (saúde e judiciário) parece interferir na hora do encontro entre o profissional e o usuário. Chegar à casa de um indivíduo com uma demanda judicial também pode gerar anseio e desconfiança. A visita realizada na

casa de um usuário exemplifica um pouco essa situação, como apontado em uma das observações de campo:

Uma profissional da equipe itinerante chega de uma visita domiciliar, realizada em conjunto com o CAPSi, e começa a contar como foi a intervenção com um adolescente. O processo foi movido pela mãe do menino. Ao chegar à casa do menino a mãe e o mesmo estavam brigando e quando o jovem viu a equipe correu para dentro do banheiro e se trancou (DC).

Neste sentido, os desafios da equipe se tornam maiores, pois os trabalhadores precisam mediar situações de conflito familiar e construir com os usuários e a família uma ponte de comunicação que favoreça o cuidado e que a união desses dois setores, saúde e justiça, possa contribuir de fato para diminuir medos e desconfianças. Observo que as equipes de saúde necessitam rediscutir a imagem presente na sociedade em relação ao setor judiciário, que pode sim delegar e ordenar, mas também pode ser um possível apoiador no cuidado.

Outro desafio para a Equipe Itinerante é realizar as visitas em parceria com os serviços de referência, pois necessitam mais tempo para discutir os casos e organizar um processo de trabalho em conjunto. Por outro lado, tais atividades são imensamente importantes, já que possibilitam maior resolução das necessidades em saúde do usuário e pela continuidade da terapêutica que será dada pelo serviço de referência.

7.2.4 Internação Psiquiátrica

Raízes históricas apontam para a internação psiquiátrica como uma modalidade assistencial a usuários de saúde mental. Das origens pinelianas, que resgatam a internação como uma possibilidade de compreender melhor o processo de desenvolvimento das doenças mentais²⁵ até a rediscussão dessa tecnologia ao

²⁵ No período clássico, houve o direcionamento do olhar para o corpo como objeto de poder médico. É ele o objeto manipulado, adestrado, obediente, disciplinado para fazer cumprir as ordens médicas. Assim, a internação também é um instrumento de poder, na medida em que a separação dos corpos iguais e dos diferentes e a instituição de mecanismos individuais e coletivos para essa separação conferem melhor conhecimento sobre as doenças e sobre as possibilidades de cura (FOUCAULT, 1987).

longo do período pós-guerra²⁶ (DESVIAT, 1999), é comum que a internação seja utilizada, mas questionada pelos trabalhadores de saúde mental.

No Brasil, a internação psiquiátrica teve sua regulamentação revisada com a Lei 10.216 de 2001. Esta pode ser de três tipos: a internação voluntária, que ocorre com o consentimento do usuário; a internação involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, como a família; e a internação compulsória, que é determinada pela Justiça. Nesse último caso, a internação compulsória precisa ser homologada pela autoridade judicial, quando solicitada pela equipe de saúde, e não pode se configurar como internação de longa permanência (BRASIL, 2001).

Nesse aspecto, é preciso salientar que a aprovação da referida lei foi um avanço para as políticas públicas de saúde. No caso de Viamão, a Equipe Itinerante se depara diariamente com várias solicitações de internações compulsórias, trazendo também desafios aos trabalhadores, pois são solicitadas, geralmente, por familiares através do poder judiciário, e quase nunca por profissionais de saúde.

Deste modo, a internação é um dos instrumentos de trabalho da Equipe Itinerante, como apontado no depoimento a seguir:

Eu acho que é na questão de tu pode pensar realmente, sabe no que vai ser bom pra esse usuário [...] é muito bom quando tu percebes que consegue oferecer algo que vem realmente ao encontro da saúde das pessoas, por que você levar uma pessoa amarrada ao hospital sem essa necessidade eu não acredito que isso possa ser terapêutico (T01).

No entanto, o município possui uma construção bem peculiar em relação ao uso da internação psiquiátrica como tecnologia de cuidado em saúde mental. No estudo de Pinho et al. (2014), observou-se a preocupação da gestão de saúde mental de Viamão em garantir outros modos de cuidado extra hospitalar, deixando a internação como última alternativa a ser realizada, desde que restrita à avaliação rigorosa dos profissionais dos CAPS.

²⁶ Os questionamentos em relação ao modo de tratamento das pessoas com transtornos mentais, asiladas, são fortemente tensionados após a Segunda Guerra Mundial. Em um contexto mais sensível aos diferentes e suas diferenças, tais discussões afloraram ao perceber que os asilos assemelhavam-se a campos de concentração de guerra, surgindo uma reflexão sobre a natureza humana nessas condições. Sobrevivendo por meio do isolamento social e da segregação como dispositivos, a tendência mais contemporânea nascida dessas críticas culminaram com os movimentos que buscavam a reorientação da assistência psiquiátrica no contexto mundial e no Brasil (AMARANTE, 2007).

Incorporando essa lógica de funcionar, a Equipe Itinerante enfrenta dois dilemas: um deles, o que mais traz reflexões à equipe, é admitir que “a internação faz parte do cuidado” para si e para a rede. Isso, no decorrer da prática, esbarra nos entraves da rede:

É sempre muito difícil pra equipe quando a gente se dá conta de que não essa pessoa precisa ser internada sabe pras equipes como um todo pra itinerante pros CAPS [...] Se chegou num determinado usuário, se eu não me engano era do CAPSi, se chegou a uma conclusão de que aquele adolescente precisava ser internado sabe e ai tu vai fazer contato articular a rede e não tem vaga no hospital de Viamão e ai tu faz o que? (T03).

A Equipe Itinerante consegue pensar no que será bom para o usuário e em modos de cuidado que discutam a necessidade ou não da internação, pois há todo um cuidado dentro do município para a realização dessa intervenção e, assim, os profissionais da equipe sofrem para tomar essa decisão.

Neste sentido, é preciso olhar para esse instrumento de trabalho como uma ferramenta de cuidado que, se bem utilizada trará benefícios aos usuários. É necessário se despir do medo de realizar uma internação de forma punitiva e obrigatória através do poder judiciário. A Equipe Itinerante, como observado, tem recriado espaços de discussão para não realizar as internações deste modo.

Outro dilema para a equipe é acionar a rede quando há a necessidade de realizar uma internação. Aqui aparecem algumas lacunas, entre elas a dificuldade de conseguir um leito psiquiátrico no Hospital Geral do município e a disponibilidade de uma ambulância para conduzir o usuário ao serviço de saúde.

Essas amarras causam sofrimento aos profissionais da Equipe Itinerante e devem ser cuidadosamente repensadas para possibilitar a saúde mental dos trabalhadores e garantir movimentos em rede que possam ir ao encontro das necessidades de saúde dos usuários. Zambenedetti e Silva (2008) e Brasil (2009) já vinham apontando essa questão. Logo, para realizar movimentos em rede, deve-se estimular a participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado, sejam eles do setor saúde ou do setor extra saúde.

7.2.5 Reunião de Equipe

Segundo Grando e Dall’Agnol (2010), a reunião de equipe é um dispositivo no redelineamento do processo de trabalho dos profissionais, que possibilita o exercício

da interdisciplinaridade, com a discussão de casos e avaliação sistemática do cotidiano da equipe. Assim, é um espaço rico de discussão para a construção de novos modos de cuidado que respondam as necessidades de saúde dos usuários.

Neste sentido, percebo que a reunião de equipe é uma ferramenta valiosa de trabalho em saúde e de possibilidade de ações em conjunto, mas é um espaço desafiador para pensar a complexidade do sofrimento mental e as práticas intersetoriais, como exposto nas anotações do diário de campo abaixo:

Em uma reunião com trabalhadores de um CAPS do município com a equipe itinerante, foi explicado pela coordenadora do serviço que um dos usuários não está se beneficiando com o serviço, pois as suas necessidades são de assistência social, como moradia, alimentação e condições básicas de sobrevivência. Há uma reunião agendada com a assistência para ser discutido o caso (DC).

Em uma reunião da equipe itinerante com o CAPSi, P02 e P03 começam a falar sobre o caso da [nome da paciente]. A equipe do CAPS explica o caso: uma menina que tem autismo e que a mãe conseguiu com muito esforço que o município pagasse o tratamento a criança. Porém, neste momento, o município quer que o serviço, CAPS i, se organize para cuidar da menina. A equipe observa que os serviços não estão amarrados e que o CAPS i não tem pessoas suficientes para garantir o cuidado, sendo melhor que a criança continue sendo assistida pelo serviço particular mantido pela prefeitura (DC).

Nesta lógica, nos estudos de Onocko-Campos et al. (2009) e Dimenstein e Liberato (2009), destaca-se que uma das causas do sofrimento psíquico é a própria falta de acesso aos serviços básicos de sobrevivência, como alimentação, moradia e emprego, entre outros. Tais autores observam a necessidade do trabalho intersetorial para realizar o cuidado e enfatizam, ainda, que os mesmos fatores geradores de sofrimento mental dos usuários afetam também a saúde mental dos profissionais dos serviços de saúde.

Grando e Dall'Agnol (2010), ao realizar um estudo sobre as reuniões de equipe em um serviço de saúde observaram que nos casos delicados, o coletivo possuía dificuldade para tomar decisões, protelação de discussões em temas e a superficialidade do diálogo como formas de evitar o confronto de ideias. Tais atitudes tangenciavam conflitos mal resolvidos entre os próprios profissionais, pois os contrapontos são necessários, tamanha a complexidade de dimensões biológicas, psicológicas e sociais que envolvem o cuidado em saúde.

Desta forma, percebo a necessidade de discussões mais intensas que possam garantir a construção conjunta de estratégias de cuidado aos usuários da saúde mental. A reunião de equipe deve proporcionar o repensar da terapêutica tendo os trabalhadores da itinerante como apoiadores dos casos delicados da rede.

Por fim, no campo da saúde, o objeto e as tecnologias de trabalho são fundamentais para a construção de projetos terapêuticos que viabilizem a construção de novos modos de pensar e cuidar dos usuários e suas famílias. Parece haver certa clareza em relação ao objeto de trabalho, que é o usuário, além de algumas possíveis tecnologias implicadas no cuidado.

O exercício da prática em saúde mental, no entanto, pressupõe que haja debates e problematizações sobre as necessidades de usuários e familiares envolvidas no processo. O que é uma necessidade para o usuário, pode ser uma tentativa ou possibilidade de aproximá-lo à realidade dos serviços e de construir novas parcerias estratégicas.

Neste estudo, sendo o usuário que possui envolvimento com drogas o objeto de trabalho, trabalhar com as demandas vindas da família ou do próprio também perpassa articulações assistenciais com redes e recursos que extrapolam o setor saúde. É aí que se atravessam as demandas do setor judiciário, para o qual também é preciso construir novas tecnologias de trabalho para uma equipe que tem, tanto o seu papel de cuidar estabelecido, quanto o de criar fluxos e fazer a rede se movimentar. As Guias de Encaminhamento – como instrumentos do trabalho – vêm como oportunidade de melhorar encaminhamentos, ao mesmo tempo em que se tornam desafios a esse complexo processo de cuidar na área da saúde mental.

Por fim, as tecnologias de trabalho, como as Guias de Encaminhamento, os Atos da Vida Civil, a Visita domiciliar, a Internação Compulsória e as Reuniões de Equipes são importantes instrumentos de trabalho da Equipe Itinerante que possibilitam o encontro com os usuários e a família e a realização da terapêutica necessária. Nesta perspectiva, as tecnologias implantadas e utilizadas consolidam as ações de trabalho da Equipe Itinerante enquanto serviço da rede de saúde mental.

Deste modo, sendo um campo em que nada está dado, ou seja, em que as discussões são permanentes e constantes, ter o usuário como foco do trabalho é fundamental. São, nesse sentido, que se desdobram as outras etapas do trabalho, envolvendo organização e o funcionamento de equipes e serviços. Sobre esse modo

de organizar a prática e o funcionamento da equipe itinerante, assim como seus desdobramentos no contexto dos serviços de saúde mental e da rede, é que pretendo abordar a seguir.

8 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE

8.1 Funcionamento e organização do trabalho da equipe itinerante

A organização dos serviços e das equipes de saúde é permeada de disputas e pela diversidade conceitual. Neste sentido, o olhar de outra pessoa no processo de trabalho em saúde funciona como um disparador que põe em análise o modo de operar, de pensar e, por isso, a ação coletiva é fundamental. Conceitos e problemas que pareciam imutáveis, essenciais à contingência das organizações, muitas vezes precisam ser reformulados e os atores do coletivo envolvidos são os responsáveis por essa articulação (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O coletivo faz a diferença na organização do trabalho em saúde. Coletivo esse que compreende gestores, trabalhadores, familiares e usuários, verdadeiros responsáveis pelas mudanças nos serviços a partir do olhar e da participação nas tomadas de decisões. Por isso, as instituições de cuidado devem abrir espaços para o coletivo, pois assim é possível alcançar melhores modos de cuidado em saúde.

Na Equipe Itinerante os trabalhadores responsáveis pelo funcionamento e organização do trabalho são três psicólogas e uma oficinaira. O processo de trabalho da equipe está diretamente ligado ao perfil e ao número de profissionais que a compõe, bem como as demandas de trabalho, a possibilidade de construções do coletivo e a disponibilidade da rede para a realização do cuidado dos usuários.

Uma das estratégias encontradas pela equipe para organizar o trabalho está no papel de coordenação. Trata-se de uma atividade executada por uma das psicólogas e que entende a amplitude do trabalho a partir do olhar do coordenador. Os depoimentos a seguir destacam essa tendência:

O papel da coordenação é um papel muito importante que é ajudar a equipe a pensar a organização do trabalho [...] a coordenação deveria ser já de alguém que tivesse uma intimidade maior com o serviço (T01).

Não tinha como você não se envolver no resto do processo, porque com dois profissionais pra uma demanda que inicialmente se pensou em quatro [...] a judicialização da saúde é uma realidade que cresce cada vez mais, então é uma realidade que cresce e uma equipe que não acompanhou pelo contrário, ela teve uma diminuição (T01).

T01 observa a importância do trabalho do coordenador como ator, o que ajuda a pensar o processo de trabalho e o cuidado do usuário e ressalta a necessidade do coordenador ser alguém com conhecimento das atividades propostas pela equipe devido à especificidade das ações desenvolvidas neste serviço. Além disso, expõe uma dificuldade concreta do processo de trabalho, que é o número incipiente de profissionais na equipe, dificultando a agilidade na resposta ao setor judiciário e conseqüentemente a não diminuição da judicialização dos processos da saúde mental no município.

No modo psicossocial existem dois tipos de poder: o poder decisório e o poder de coordenação. No primeiro, o poder será dado pela reunião geral da instituição conforme o âmbito que esteja e no segundo a coordenação possui um papel importante enquanto agente de representação que desempenha, essencialmente, a coordenação das ações conjuntas e a execução em suas dimensões particulares das decisões que são tomadas pelo coletivo. O segundo poder é marcado pelo saber técnico - o saber fazer - no entanto, entre fluxos decisórios e de execução, saber é diferente de poder (COSTA-ROSA, 2003).

Para Almeida e Furegato (2015), no setor da saúde pública o coordenador possui papel fundamental atuando como agente esclarecedor da importância do trabalho em equipe e para a concretização do cuidado humanizado, de integralidade e de promoção à reinserção social. Desta forma, no modo psicossocial esse ator é valorizado e o seu papel é de relevância para a consolidação de práticas de cuidado horizontalizadas, resolutivas e de integralidade na saúde mental.

Na Equipe Itinerante a coordenadora observa, ainda, a preocupação com a falta de profissionais no serviço, pois dificulta o trabalho cotidiano. No estudo de Kantorski et al. (2009), sobre as contribuições do estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil, essa questão também foi apontada. Nele, os motivos para a falta de profissionais vêm a partir de vários aspectos estruturais, como baixos salários, acúmulo de empregos, carga horária reduzida e tipo de vínculo trabalhista.

Pinho et al. (2014) também trazem questionamentos nesse sentido. Em estudo realizado no cenário de atuação da equipe itinerante, a gestão reconhece a necessidade de melhor remuneração e o estabelecimento de um único tipo de vínculo empregatício para diminuir as diferenças entre os trabalhadores, pois alguns são contratados e outros celetistas. Isso, por sua vez, levanta questões relacionadas

à valorização da carreira profissional, muito destacada na pesquisa. Essas diferenças contratuais, em parte, levariam os próprios trabalhadores a se sentirem desprestigiados no contexto de atuação do seu trabalho.

Esses apontamentos fazem parte da realidade de muitos municípios no contexto brasileiro. No entanto, é preciso superar os obstáculos, e a própria coordenadora trouxe o seu maior envolvimento nas atividades para possibilitar as ações do serviço. O comprometimento do profissional faz toda a diferença, mas é preciso discutir politicamente meios de superação dessa carência de trabalhadores.

Em relação ao perfil do trabalhador para compor a equipe itinerante, T02 e T03 mencionam que não há um perfil definido e nem competências específicas, o que, de certa forma, se articula com os preceitos de itinerância do trabalho, ao mesmo tempo em que traz desafios à constituição e organização das práticas:

Eu acho que hoje tem pouca distinção, a gente, estamos em três, duas psicólogas e umaicineira. Acho que em geral a gente tem as mesmas atribuições (T02).

Eu acho que o meu papel vem muito em função disso assim também muito atrelado aos objetivos da própria equipe [...] Acho que é uma coisa diferente que tem se conseguido e talvez eu tenha um papel importante no meio disso, assim, é de tentar desburocratizar um pouco o trabalho da equipe assim sabe e de fato pelo o que eu escutava as pessoas falarem e como a itinerante era vista, ainda é muito vista como a equipe responsável por responder ao MP é o trabalho mais burocrático da saúde mental (T03).

Um dos possíveis papéis dos trabalhadores da Equipe Itinerante é justamente pensar modos de cuidado que envolvam os serviços de referência. Um dos destaques está relacionado à possibilidade de desburocratização dos fluxos assistenciais que envolvem o cuidado em rede. T03, por exemplo, observa que esse trânsito pela rede envolve não somente a corresponsabilização dos atores no cuidado, como também a desmistificação da própria equipe como aquela que serve apenas para responder aos interesses do Ministério Público.

Nesta perspectiva, de contribuir para a desburocratização de procedimentos judiciais, são propostas ações interdisciplinares, como: reuniões de equipes, discussão de casos com o serviço de referência e as visitas domiciliares em conjunto com os CAPS:

Identifica-se qual dos serviços vai atender de forma melhor, mais integral de acordo com as necessidades do usuário, se marca uma reunião para

discutir o caso. Essa aproximação com o usuário vai se dar a partir do que foi discutido nesta reunião, se especificamente só com a equipe da itinerante ou exclusivamente com a equipe do CAPS, mas normalmente nesta abordagem inicial se tenta priorizar o profissional da itinerante e um profissional do CAPS de referência. E depois a ideia é que com a aproximação do serviço, o serviço possa ir informando a itinerante sempre de que necessário para que o judiciário seja informado (T01).

Algumas pessoas dos CAPS tem me relatado que percebem a itinerante de uns tempos pra cá mais articulada com os CAPS nas intervenções, nas discussões dos casos. Então eu acho que isso também vem nesse sentido da gente esta tentando desburocratizar assim um pouco esses trabalhos, no momento que tu consegue se aproximar dos CAPS pensar junto com eles tu não vai tá executando o cuidado daquele usuário numa oficina não é isso, mas tu vai tá junto tu vai tá pensando o cuidado. (T03).

Os movimentos desenvolvidos por T03 são valiosos para a prática do cuidado, pois a desburocratização das atividades permite maior aproximação com os serviços de referência, a abertura para o diálogo e a articulação possibilitando a união do profissional da equipe itinerante com o serviço de referência para pensarem juntos os cuidados do usuário.

Importante salientar que a tendência de desburocratização dos fluxos assistenciais não quer dizer que a equipe não precise padronizar ou esquematizar processos, mas tendo como referência principal o potencial de reinvenção dos modos de fazer o cuidado. Esses fluxos, esses processos precisam ser flexíveis, a ponto de permitirem mudanças, mas sem serem rígidos suficientes a ponto de engessar o processo. Como visualiza Alves e Guljor (2006), modelos de cuidar precisam estar articulados com essa capacidade inventora, como também, sensíveis ao fato de que a burocratização de processos não responde à totalidade que envolve o sujeito, a doença e suas relações.

Deste modo, entendo que podemos estimular movimentos que possibilitem a desconstrução de atividades burocráticas no campo da saúde, pois a complexidade da vida humana não cabe em normas, padrões, receitas prontas de cuidado. Ao mesmo tempo, as ações e os fluxos que envolvem essas atividades exigem a constante discussão pelas equipes de referência no cuidado ao usuário.

T02 destaca a importância do trabalho em rede, tendo em vista que as demandas judiciais e as demandas clínicas do sujeito se atravessam. Embora ela tenha consciência de que a equipe trabalhe mais ao lado do setor judiciário, com suas necessidades específicas, ela também entende que é preciso costurar redes de cuidado que contemplem a dimensão clínica do processo:

Acho que quanto mais à gente puder atuar em rede entendeu, por que acho que a itinerante não se propõem ao cuidado em si eu acho que a clínica acontece e a intervenção terapêutica acontece, mas ela não é a proposta inicial, a proposta inicial da itinerante é responder as demandas judiciais. Mas, a gente sabe, tecnicamente falando, que qualquer intervenção, neste sentido, ela é uma intervenção também técnica e de alguma forma ela pode ser terapêutica ou até antiterapêutica. Então eu acho que é relevante que a gente possa pensar numa clínica ali naquela atuação, mas assim eu sinto que a minha demanda ela é muito mais com o jurídico do que com o usuário então eu respondo ao jurídico. Mas, sinto que o usuário precisa de um cuidado que não vou ser eu que vou dar continuidade a esse cuidado, mas fico muito mais tranquila de estar fazendo isso junto com o serviço que vai se responsabilizar por esse cuidado e esse usuário não fica na mão no limbo perdido daqui a pouco sem conseguir buscar uma referencia (T02).

Vale lembrar que a gestão de saúde mental do município de Viamão criou a Equipe Itinerante para realizar novos contratos de trabalho com a justiça, para diminuir a judicialização da saúde e imprimir novos modos de olhar para o sofrimento psíquico a partir deste setor. Considero que há cuidado nessa articulação, embora seja preciso dizer que a continuidade do processo estará a cargo do serviço de referência ao qual o usuário se vinculará.

Nesta perspectiva, a mudança de modelo assistencial pautada no modo psicossocial de cuidado exige que a articulação em rede aconteça para garantir a integralidade do cuidado do usuário. A Equipe Itinerante reconhece a necessidade da articulação e busca em sua prática cotidiana realizar novas parcerias com os serviços responsáveis pela atenção na perspectiva de garantir essa continuidade.

Segundo Peduzzi (2007), foram as mudanças nas ações em saúde que exigem não só outros ou novos instrumentos e meios de trabalho, mas, sobretudo, a construção articulada de cuidados que demonstrem relações entre meios e fins, tendo em mente a finalidade do processo de trabalho que deve ser orientada pela interdisciplinaridade, integralidade e intersubjetividade.

A Equipe Itinerante possui um compromisso importante com o setor judiciário. No entanto, parece importante o fato de ser corresponsável na garantia do acesso do usuário na rede de cuidado. Isso quer dizer que o trabalhador da equipe não responde apenas pelo encaminhamento em si, mas também que ele se responsabiliza pelo vínculo e pelo acolhimento das demandas de saúde no serviço de destino (BRASIL, 2005).

Nesta lógica, a construção de redes de cuidado ocorre de forma complexa, já que exige a implantação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre os diferentes serviços, especialidades e saberes. Assim, ter mais serviços e

equipamentos não garante o cuidado, pois é necessária comunicação entre os serviços que resultem em processos terapêuticos mais eficientes (BRASIL, 2009).

Apesar dos avanços na constituição de novos processos e fluxos para permitir essas articulações, a Equipe Itinerante também vivencia algumas dificuldades no cotidiano. Entre elas, destacam-se a grande demanda de serviço burocrático, a definição imprecisa de um fluxo de trabalho e a falta de recursos no serviço como a ausência de um assistente administrativo, conforme mostram as falas e o fragmento do diário de campo, a seguir:

Então desde a questão da condução técnica do caso, poder visualizar ali no processo o que ele está pedindo, qual o serviço que eu tenho que estar acionando [...] Além de tudo isso que é o trabalho técnico tem o trabalho administrativo que acaba roubando um tempo importante, tem o xerox, tem muitas vezes que buscar o processo, tem que levar o processo, tem que ir lá e marcar horário para as avaliações dos atos da vida civil, sabe? Então isso, também acaba sobrecarregando a equipe (T01).

Acho que a gente não tem um fluxo bem organizado [...] Algumas coisas a gente já foi combinando, mas a gente ainda está revendo, por exemplo, agora a gente fez um caderno de protocolo, de recebimento dos processos e registro de todos os processos que entram (T02).

É uma equipe pequena então uma pessoa entrando ou saindo faz muita diferença na dinâmica do trabalho [...] um administrativo faz muita diferença, a gente precisava muito ter um administrativo na equipe itinerante (T03).

Na sala T03 e a outra colega estão nos computadores digitando e a T02 está inquieta, não sabe o que fazer, pois não tem mais um computador e ao mesmo tempo diz que elas precisam parar para conversar, ela sugere organizar os arquivos e definir os locais das coisas, ela diz que vai fazer xerox para ajudar as meninas, mas continua na sala se questionando da necessidade de organizar as coisas de sentarem para ver isso. [...] As meninas descem com todos os seus materiais e começam a fazer xerox dos processos que serão entregues, elas estão correndo muito, pois o motorista que vai levar elas já chegou no serviço (DC).

A equipe salienta que as tarefas administrativas roubam tempo até mesmo pela natureza desse trabalho. Em muitos momentos há um profissional qualificado que poderia estar em uma visita domiciliar, em uma reunião de equipe, realizando uma escuta, mas está fazendo cópias de documentos, por exemplo. Os trabalhadores percebem a necessidade de melhor organização do fluxo de trabalho, engessado, muitas vezes, pela grande circulação de documentos judiciais.

Rosa (2000) destaca que o modo de organização institucional das atividades está incluso no paradigma psicossocial. Um modo de organização em que haja

distinção entre os diferentes fluxos decisórios e de execução, assim como a definição clara e precisa da divisão do trabalho como elementos determinantes do vínculo entre o usuário e a instituição, levando-se em consideração as características multiprofissionais das equipes, é pensar que a organização dos serviços não depende apenas de questões internas, inerentes ao processo de organização das equipes, mas também das necessidades do usuário, dos encontros que ele forma ou não com os trabalhadores e os desdobramentos desse processo.

Portanto, é preciso que os profissionais da Equipe Itinerante reinventem diariamente meios de cuidado que ultrapassem as dificuldades da rede, é necessário sim parar e discutir o seu processo de trabalho, pois isso possibilitará a melhoria das atividades, bem como a diminuição da ansiedade do trabalhador que precisa de um fluxo de trabalho claro. Deste modo, superar as grandes demandas burocráticas e as urgências de respostas ao setor judiciário é o que é exigido da equipe profissional para melhorar o trabalho cotidiano do serviço, como será discutido no próximo capítulo.

8.2 Articulação intersetorial: a relação da equipe itinerante com o poder judiciário e seus desdobramentos

Para Vasconcelos (2010), as ações de cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas exigem articulações e diálogos constantes com os diferentes serviços das redes de cuidado. É preciso a construção em âmbito municipal e regional de fluxos transversais e intersetoriais que possibilite o acesso ao cuidado destas pessoas em diferentes pontos da rede de atenção.

O cuidado exige um trabalho em rede a partir de um conjunto de dispositivos com funções complementares, mas sem papéis estanques ou fluxos burocráticos. Ao contrário, as redes são acionadas a partir das necessidades em saúde do usuário e a partir da construção de um projeto individual que definirá os movimentos da rede de atenção (VASCONCELOS, 2010).

Deste modo, as necessidades de vida dos usuários transcendem o que é ofertado pelo setor saúde, exigindo-se um trabalho em rede intersetorial, pois não é possível realizar ações de integralidade apenas num setor ou num serviço específico. Assim, as ações intersetoriais demandam aos profissionais da saúde o conhecimento, por exemplo, da rede de assistência social, da rede escolar, das

redes informais de cada território, da rede judiciária, sendo esta última uma referência para o trabalho da Equipe Itinerante, já que, a equipe é responsável por responder aos processos judiciais da saúde mental.

Assim, a relação da Equipe Itinerante com a rede de saúde mental vem melhorando, pois as equipes estão conseguindo entender à proposta de trabalho deste serviço e acolhem as demandas da justiça em conjunto, como exposto nas falas abaixo:

A rede está conseguindo entender melhor o papel da itinerante trabalhar nesta crescente de poder tá acolhendo o colega, de pode, o prazo que se coloca não é o prazo que a itinerante colocou, mas o judiciário e se colocar isso como um desafio coletivo, a saúde mental tem que dar conta deste prazo, pra que não aconteça nenhum desfecho desagradável (T01).

Eu acho que as equipes nos recebem, acho que estão dispostas às vezes a gente sente que as pessoas estão dispostas, mas não estão tanto por que estão cheias de trabalho [...] o processo é urgente, às vezes, a gente tem que fazer esse papel que é um pouco chato com as equipes de dizer “tem esse prazo, mas o jurídico está cobrando” é como se a gente tivesse que repassar essa cobrança, isso é um pouco chato, mas as equipes respondem de alguma maneira. (T02).

É complicado também isso de lidar com prazos assim. E dai a gente também tem que ficar tencionando os CAPS em função dos prazos e tal [...] o que vai se proceder a partir da entrada do processo também varia muito com a solicitação que vem, então avaliação pra internação sempre é o mais trash que a gente acha assim, até por que a maioria deles vem com prazo imediato urgente, urgentíssimo, 24 horas esse é o mais difícil assim de articular. (T03).

Neste sentido, a Equipe Itinerante conseguiu criar um canal de comunicação com os serviços de referência e estes estão conseguindo acolher as demandas judiciais da saúde mental em conjunto. Por ser o CAPS a referência na continuidade do cuidado, esse trabalho em conjunto faz toda a diferença nessa construção.

A lógica predominante na saúde é de encaminhamentos e de transferência de responsabilidade pelo cuidado ao enviar os usuários para outros serviços especializados. Esse modo de operar é característico do modelo tradicional, que enxerga de modo fragmentado o usuário, realizando tecnologias de atenção voltadas ao indivíduo fragmentado (DELFINI; REIS, 2012).

No entanto, os prazos para responder aos processos judiciais são curtos, exigindo da equipe itinerante movimentos rápidos que impedem os profissionais de conhecer melhor a situação e o contexto do usuário e da família, identificando as

suas necessidades para intervir e emitir respostas mais concretas em termos de cuidado. Logo, a equipe acaba tendo que tensionar os CAPS para prestar o atendimento necessário e urgente ao usuário.

Neste sentido, prestar um cuidado ampliado exige tempo, um tempo que diz respeito ao usuário, à Equipe Itinerante, aos serviços de referência e a toda a rede de cuidado. Garantir ações intersetoriais e articulações com outras realidades ficam limitadas no momento em que se atravessa nesse processo uma demanda mais urgente, imposta por um serviço ou setor em especial, como ocorre com o judiciário.

Os prazos estabelecidos pela justiça dificultam, ainda, os profissionais a imprimir a marca do cuidado nas respostas emitidas ao setor judiciário:

Acho que conciliar essas duas coisas é o grande... é o grande desafio e é grande fonte de estresse para a equipe entende a coisa do cuidado que é tão singular com a pressão que é real que o judiciário exige. Teve um dia, na terça feira da semana passada, que chegaram sete processos com prazos de 24 horas e destes sete processos três eram compulsórias e teve um que a gente respondeu “neste exato momento em que estamos redigindo esta resposta e que o CAPS AD está realizando a visita domiciliar para averiguar a situação do usuário”, amanhã encaminharemos o parecer da equipe (T01).

A nossa relação com o jurídico é diferente aqui porque a gente também imprime nos nossos relatórios e nas nossas respostas a clínica de cuidado [...] São pequenas coisas que fazem a diferença assim me parece sabe e é o cuidado e é isso assim por que tu também tá imprimindo o cuidado que tu tá planejando pro usuário na resposta que tu tá fazendo para o jurídico. Mas, eu acho que nem sempre se consegue passar isso principalmente naqueles que se responde o mais rápido possível pra dar algum retorno (T03).

A saúde mental conseguiu estabelecer ligações com o setor judiciário que possibilitam aos profissionais da saúde imprimir a clínica de cuidado através de seus pareceres técnicos. Um parecer que demanda analisar a complexidade da situação que envolve o usuário, não apenas o cumprimento de demandas específicas impostas pelo setor judiciário. Nesse sentido, a aposta em novos arranjos deve, a priori, partir da constituição de uma rede de conversações com a justiça, a fim de que se possa imprimir, sim, as necessidades urgentes deste setor, como também o exercício da complexidade do cuidado trazido pela saúde.

No campo da saúde, um possível modo de cuidado é a formação de uma rede de conversação, ou seja, quando cada serviço da rede representa um encontro de conversa que envolve muitas ações técnicas específicas – várias técnicas de

conversa. Assim, a rede de conversações acomoda um legítimo espaço de coletividade, formado por muitas “regiões de conversa” interligadas (TEIXEIRA, 2010). O exercício da articulação intersetorial, nesse sentido, depende da capacidade negociadora da equipe itinerante com os outros pontos da rede, em um amplo processo de reconhecimento do seu potencial para “ir além” em uma proposta de cuidado, como também dos limites técnicos de atuação em cada situação.

Entendo que o setor judiciário se apresenta, também, como uma porta de entrada na busca de tratamento e de cuidado de indivíduos e famílias. A justiça, enquanto dispositivo de cuidado da rede, nesse sentido, “tensiona” o setor saúde a promover a terapêutica necessária ao usuário. É claro que é interessante que haja certa provocação da rede quando a justiça estabelece prazos de respostas, pois dá maior movimentação ao setor saúde, não o deixando cair na inércia.

No entanto, os prazos estabelecidos pela justiça dificultam a equipe a imprimir o modo ampliado de fazer o cuidado em seus pareceres técnicos e a aplicabilidade da terapêutica na prática, causando estresse ao profissional. Logo, agilidade não quer dizer morosidade, mas também não pode virar pressa, pois se corre o risco de perder a essência do cuidado que poderia ser uma marca, um diferencial dessa equipe.

Portanto, a melhora do processo de comunicação entre a equipe itinerante e o judiciário para qualificar o trabalho em rede é candente, como expõem os trabalhadores:

E são dois serviços que tem a suas atribuições, mas acho que agora chegou num ponto que a própria secretaria vê essa necessidade de sentar e retomar então, isso vai ser colocado como prioridade por que se você não colocar como prioridade nunca vai sobrar esse tempo para sentar (T01).

A ideia é que fosse uma reunião pontual, a ideia inicial e dessa reunião pontual eu acho que pode se pensar algumas coisas assim, até a ideia de uma reunião mais sistemática, conforme a necessidade. Mas, eu acho que essa reunião é no sentido de compreender algumas coisas dos tramites do jurídico, tudo isso pra mim é muito novo e acho que pras colegas também não é algo que vem tão, tão da nossa prática de saúde mental que já esteja dado (T02).

Eu acho que a gente enfrenta ainda várias dificuldades em relação ao próprio jurídico embora se tenha conseguido avanços, vários avanços nesse sentido, no jurídico sabe a gente ainda tem várias coisas que a gente poderia pensar melhor. Por que, isso acaba no cuidado do usuário que de alguma maneira, por exemplo, por que, quê esse caso abriam direto como processo, por que não uma guia antes, por que, quê já chegou com

processo de internação compulsória pra essa pessoa? Por que que não foi uma guia antes, que isso também faz muita diferença na maneira de como tu vai chegar à solicitação é muito diferente ela tem um peso maior (T03).

A Equipe Itinerante conseguiu refletir na importância de melhorar o canal de comunicação com o setor judiciário tendo em vista a mudança de modelo assistencial que prevê o cuidado ampliado e em liberdade. Além disso, o diálogo, enquanto ferramenta de trabalho, vai possibilitar qualificar as atividades profissionais da equipe ao sanar dúvidas e incertezas e realizará maior aproximação entre esses dois setores.

Aliás, a criação da Equipe Itinerante vem como uma aposta de mudança de modelo, de ruptura de ordens e cumprimentos de prazos legais sem reflexão das reais necessidades e desejos de quem sofre a ação, o usuário. Assim, T03 aponta a necessidade de diálogos para rever a abertura de processos judiciais antes da emissão de Guias de Encaminhamentos e a solicitação direta de internação compulsória.

Garbin et al. (2014), identificou em seu estudo que a judicialização na saúde poderia ser evitada através da comunicação entre os profissionais responsáveis por essas demandas e pela priorização das ações coletivas. E, para diminuir a judicialização, é preciso diálogo entre a comunidade, administradores públicos, como os da saúde, o Ministério Público, o poder judiciário, defensores públicos e advogados. Em relação ao Ministério Público, é recomendável o uso de Termos de Ajustamento de Conduta que possibilitam um maior compromisso do Estado ao serem notificados, sem a abertura de processos judiciais.

Portanto, a gestão municipal da saúde mental precisa avançar na comunicação com o judiciário, realizar reuniões sistemáticas e diálogos constantes para progredir em novos modos de cuidado que levem em conta as necessidades de vida e os desejos dos usuários. Isso porque a aposta é que se exerça de modo ampliado o cuidado, que não se restrinja apenas às respostas judiciais objetivas, mas que valorize e contemple questões de vida que, por si só, são complexas.

Por fim, a organização do trabalho em saúde está relacionada a muitas dimensões. O próprio diálogo com a rede e com o setor judiciário, como uma dessas dimensões, já implica toda uma organização dependente dos resultados dessas conversações. Deste modo, os atores envolvidos na construção de projetos ampliados de cuidado em saúde mental devem desenvolver habilidades de

comunicação, de análises profundas, de escuta, para não correremos o risco de realizar velhas práticas em novos modelos, que estão mais relacionados à linha da segregação, da psiquiatrização e da penalização da vida (VERONESE, 2015).

Desta forma, as ações intersetoriais são um nó que permeiam o setor saúde e exigem de todos os atores envolvidos no cuidado a constante reflexão e busca por novos modos de intervenções que sejam compartilhados. Fazer saúde mental e proporcionar cuidado fora dos espaços comumente institucionais, prerrogativas do movimento da reforma psiquiátrica, perpassam essa organização complexa do trabalho, os limites entre a rigidez e a flexibilidade nas ações, as incertezas da prática, os mecanismos de gestão do sistema de saúde e dos processos assistenciais, entre outros. Tamanha complexidade não pode ser reduzida a um cardápio de ações em que não haja conversa, diálogo e construção de parcerias entre todos os atores que se envolvem nesse cuidado ao usuário.

9 POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO DA EQUIPE ITINERANTE PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

9.1 O trabalho em rede da equipe itinerante: entre desafios e potencialidades

A autonomia de criar alternativas que possam responder a demandas locais de saúde é uma das características dos modos de organização do sistema de saúde brasileiro. Essa autonomia dá condições ao município de pensar nas suas reais necessidades, de criar serviços ou estratégias de cuidado, assumindo as responsabilidades pela tomada de decisão local.

Em relação à Equipe Itinerante, o município de Viamão assumiu um compromisso de gestão para, como dito anteriormente, responder a um evento muito frequente na realidade local. Nesse caso, os trabalhadores apontam que a própria criação da equipe seria uma das potencialidades, não somente pelo fato de que existem muitas demandas judiciais em saúde mental, mas também por ser a Equipe Itinerante uma estratégia que pode promover cuidado nesse campo:

Eu acho que a itinerante é uma inovação assim sabe. Eu acho que é uma inovação no cuidado, eu acho que ela tem muito mais chances de ser um cuidado resolutivo do que cumprir simplesmente uma determinação judicial [...] Eu acho que tu podendo pensar e sinalizar e construir mesmo que seja um caso que precise de fato de uma internação que isso seja colocado de um jeito diferente para o usuário vai ser muito mais terapêutico do que tu cumprir na íntegra o que está ali no preto e no branco (T01).

Acho que facilita ter um serviço, ter uma equipe que vê isso (demanda judicial) que cuida disso, a gente já tem tanta dificuldade de se organizar sendo que a gente lida com isso (T02).

Eu acho que é mais uma coisa que foi criada pensando no cuidado e no cuidado em liberdade do usuário assim sabe [...] uma das coisas que venho junto com isso, da criação da itinerante, e tal eu acho que foi isso da saúde mental banca junto em frente ao jurídico que não quem tem propriedade se aquela pessoa precisa ser internada ou não é a saúde mental não é o juiz (T03).

As mudanças de horizontalização dos macro poderes e o deslocamento para os municípios de poderes de gerenciamento de seus recursos, demandas e de propostas de participação popular nascem com as transformações de modelo das práticas em saúde mental a partir das reformas sanitárias e psiquiátricas (ROSA, 2003). É por essas mudanças de modelo que o município de Viamão consegue fazer

diferente, construindo novas formas de trabalhar com as necessidades e demandas do próprio território de trabalho.

Neste sentido, pensando no contexto mais “macro” do processo, o município de Viamão vem lutando por novos modos de cuidado através da implantação de novas equipes de saúde. A criação da Equipe Itinerante, nessa perspectiva, é uma inovação, porque a judicialização da saúde em Viamão é um processo corriqueiro. Já no contexto mais “micro”, ou seja, do funcionamento cotidiano da rede e da própria equipe nesta rede, há outros elementos envolvidos que facilitam a atuação dos profissionais. T02, a seguir, destaca a autonomia de trabalhar, além da disponibilidade de um carro, algo não recorrente em outras realidades assistenciais:

A gente tem bastante, não sei se bastante, mas bem mais que outros serviços é a nossa possibilidade de autonomia do trabalho ali, de desenhar [...] Acho que a gente consegue ter mais possibilidade de jogar com os recursos que a gente tem [...] (T02).

A gente tem um transporte disponível que facilita muito, não era pra ser, mas a gente sabe que tem muitos colegas que trabalham sem transporte [...] É uma potencialidade de condição de trabalho (T02).

T02 destaca a autonomia enquanto potencialidade do trabalho da equipe, para construir redes para “fora dos serviços”. Wetzel (2005) em seu estudo realizado em um CAPS, o primeiro daquele município, relativiza o maior grau de autonomia dos profissionais quando as coisas não estão prontas, predestinadas, o que possibilita aos trabalhadores maior grau de criação e poder de intervenção local.

Neste sentido, a equipe apresenta melhores condições de reinventar o trabalho, ou seja, de pensar e organizar os processos que o envolvem, desenhando alternativas de cuidado. Além disso, esse maior grau de autonomia se fortalece quando o trabalhador encontra no serviço os próprios meios para realizar suas atividades, como ter um carro à disposição.

Kantorski et al. (2009) e Wetzel (2005) apontam para a dificuldade de circulação dos trabalhadores na rede e no território de vida dos usuários quando os serviços se deparam com a ausência de meio de transporte disponível para realizar o trabalho na saúde mental. Assim, o automóvel pode representar a organização dos processos de trabalho centrados na necessidade de conhecer os territórios de moradia dos usuários e familiares, as redes formais e informais de cuidado e seus espaços comuns de socialização. Essa circulação por diferentes espaços permite

aos trabalhadores realizar novos contratos e a fazer diferentes acordos de cuidado a partir das necessidades do usuário.

A equipe observa, ainda, avanços na construção de novos projetos de cuidado e diálogo com a atenção básica, mesmo que ainda tenha dificuldades de compreender o seu papel em relação ao cuidado na saúde mental:

Na própria atenção básica em termos de saúde mental, como um todo, eu acho que tem se conseguido trabalhar ainda isso de uma maneira bem bacana assim com a atenção básica através do matriciamento [...] mais assim tu vê uma dificuldade muito grande das pessoas, assim aceitarem que a atenção básica também tem que dar conta do cuidado de saúde mental em território (T03).

Dimenstein e Liberato (2009) e Hirdes (2009b) observam que a parceria com a atenção básica em geral envolve, *a priori*, a desconstrução do modelo assistencial em saúde, além da ressignificação das práticas que possam incluir os usuários com problemas de saúde mental. Nesse sentido, a constituição de laços fortes com a atenção básica pressupõe o desenvolvimento de programas de educação permanente, para que haja compreensão e avanço de saberes e fazeres que contemplem a integralidade do cuidado.

Outra potência relacionada ao trabalho da Equipe Itinerante foi o avanço das ações conjuntas com o CAPS AD. Entre essas ações, destacam-se a nomeação de um técnico de referência do serviço especializado para receber as demandas da Equipe Itinerante e o aumento das reuniões de equipes, como exposto por T03 e pelo fragmento do diário de campo:

Eu acho que a relação com o CAPS AD ela tem melhorado bastante, acho que ela tem melhorado bastante por alguns motivos, eu acho que eles estão se tomando mais das guias e dos processos, acho que eles têm entendido a importância disso [...] A gente com eles conseguiu estipular algumas coisas do tipo técnico de referência da equipe que possam ficar mais atrelados assim mais responsáveis por esse cuidado com a itinerante, a gente tem conseguido fazer reuniões, agora a gente tem conseguido fazer mais em seguida, mas teve um momento que ficou meio quinzenal algumas vezes não aconteciam (T03).

Às 9 horas uma técnica do CAPS AD veio convidar uma das trabalhadoras da Equipe Itinerante para participar de uma reunião com o CREAS para discutir um caso, que é um processo judicial. O jovem [nome do jovem] era atendido pelo CAPS Renascer, mas, ao identificar o uso abusivo de drogas, foi encaminhado para o CAPS AD. T03 questiona o motivo da reunião e a colega do CAPS AD diz que o CREAS acompanha a família (mãe e filho) e que a mãe é idosa e o filho não está conseguindo se organizar para cuidar dela (DC).

Pinho et al. (2014) identificaram o CAPS AD como um potente local de cuidado a usuários de drogas. No entanto, também ficou evidente a necessidade de expandir as ações para fora dos serviços, no sentido de integrar melhor a rede de atenção psicossocial e os trabalhadores envolvidos. Os trabalhadores do CAPS AD sentem que ficam restritos aos espaços intramuros, quando deveriam, segundo as premissas da atenção psicossocial, circular mais pelo território. Nesse sentido, reuniões para discutir casos podem fazer parte dessas estratégias que possibilitem a interação entre os serviços, entre diferentes maneiras de pensar e compreender a complexidade do sofrimento mental e do uso de drogas.

No caso do uso de drogas, os serviços de saúde devem se organizar de modo a atender as necessidades do usuário, sendo que isso envolve não apenas o conhecimento técnico sobre a substância, mas também a realidade vivida pelo sujeito (seu modo de vida, seu espaço e suas relações). Assim, o ato de cuidar de usuários de drogas em serviços comunitários exige dos profissionais um conhecimento reflexivo e criativo, pois é preciso apreender com o imediatismo do usuário, ao tempo em que se tenta ressignificar a relação estabelecida com o uso de uma determinada droga (LACHINI et al., 2015).

Neste sentido, a característica preservada da Equipe Itinerante de ser mais “externa”, ou seja, tendo um funcionamento “extramuros”, permite que ela se organize para compreender que a vida lá fora possui nuances bem mais singulares e que os serviços de saúde nem sempre estão acostumados a trabalhar. Uma vez que o sujeito vive em um território vivo, isto é, circula por ele, organiza seus projetos e suas relações nele, é possível perceber também que as equipes encontram dificuldades situadas nesse campo das relações.

T02 destaca que um dos maiores desafios da equipe está quando não encontra o usuário na residência, além de, quando encontrado, ter que presenciar frequentes conflitos entre o usuário e a família:

Acho que um desafio grande que é por vezes encontrar o usuário a gente recebe o processo e tem que se organizar e dentro do nosso horário de trabalho, horário que tem carro, e tal às vezes com outros serviços junto é toda uma articulação pra ir até a residência e às vezes esse usuário não está. O que o familiar diz, ele não para em casa vem come não sei o que e sai ou ele sabe que vocês estão para vir aqui ele foge, ele se esconde então a gente às vezes tem essa dificuldade mesmo que é de encontrar o usuário em casa (T02).

No carro, T03 verbaliza o que fará, pois nas duas visitas as pessoas não estavam em casa. Resolve ir numa casa lar onde mora uma idosa que

precisa fazer os Atos da Vida Civil, ela diz que irá sem o processo, mas que acredita que não terá problemas [...] Fomos para o endereço fornecido pela avó, mas não encontramos a casa, descemos do carro e caminhamos na rua perguntando para os vizinhos, mas ninguém conhecia o mesmo e nem a sua mãe. Ainda, andamos mais um pouco para tentar encontrar o endereço (DC).

Por essa natureza “extramuros”, que confere contornos interessantes relacionados à autonomia do fazer, a equipe também se depara com as peculiaridades existentes em cada território em que atua. Nesse caso, o que para elas correspondem a uma dificuldade o fato de não encontrar o usuário em casa, entendo que isso esteja relacionado ao funcionamento das pessoas no seu espaço de vida, no qual elas organizam os seus horários e estabelecem as suas prioridades. Essa característica é um grande desafio para o trabalho em saúde mental, que é o reconhecimento desse território como algo “dinâmico” e que foge às linhas assépticas dos serviços e seus modos de organização institucionalizados. Os estudos de Silva (2015) e Rangel (2008) já trouxeram contribuições para avançar nessa discussão.

Desta forma, destaco que as ações em domicílio representam para os profissionais da saúde novos modos de atuação, pois se perde a proteção das paredes dos serviços, do consultório. Isso obriga o trabalhador a entrar em um cenário novo, no cenário de vida do usuário, de suas singularidades familiares, subjetividades e angústias, permitindo fazer diferente, como também o provoca a pensar nos modos de organização familiar, diferentes dos modos institucionais dos serviços (REIS et al., 2007).

Assim, em qualquer visita domiciliar, é possível não encontrar a pessoa na residência, sendo necessário reinventar outros modos de encontro como, por exemplo, em uma quadra de futebol, na escola, na casa de um amigo. Enfim, fazer itinerância é constituir maior trânsito nestes locais de circulação dos usuários, no sentido de produção de cuidado que vá além da simples resposta à demanda judicial.

No entanto, quando falamos sobre usuário de drogas, outros elementos se incorporam nesse processo. Alguns estudos já vêm discutindo que o funcionamento do usuário de drogas e de suas famílias é afetado por conta de situações como a agressividade (GOLUB; BUNLAP; BENOIT, 2010; PINHO, 2014), a violência (PINHO et al, 2012; PREDEBON; GIONGO, 2015) a questão do tráfico e o rechaço social do

usuário, colocado à margem da sociedade (VALDEZ et al., 2010; SOUZA; ALENCAR; RIBEIRO, 2015):

Outra dificuldade é a questão da violência da agressividade que às vezes é difícil de manejar com a família, a questão de território dele que envolve tráfico [...] A polícia que faz uma atuação super complicada e daí gera medo, gera raiva e revolta e daí às vezes até por desconhecimentos os usuários relacionam muito polícia com poder público então fica um rechaço em relação a qualquer serviço [...] e eles sofrem violência mesmo, são muito mais marginalizados, são excluídos, passa por todas as questões de moralismo assim de uso da substância então muitas vezes é vergonhoso é algo a se esconder é algo a evitar a mentir tem diversas formas de lidar diferentes de reconhecer aquele problema enviar para um tratamento as vezes tem mil outras desculpa na frente assim, mas que são desculpas que a gente também socialmente contribui ou gera assim (T02).

Nos estudos de Golub, Bunlap e Benoit (2010) e Pinho et al. (2014), com usuários de *crack*, ficou demonstrado que as relações familiares são frágeis e permeadas de conflitos, uma vez que a droga atua principalmente na ruptura de laços afetivos entre os membros da família. Os autores apontam que o uso de drogas como o *crack* gera níveis mais altos de conflitos do que outras drogas, o que pode estar ligado às alterações que a substância provoca no organismo da pessoa.

Neste sentido, a família representa uma unidade que demanda cuidado, que precisa ser acolhida, escutada e acompanhada pelos serviços de saúde independente do vínculo do usuário com os serviços. Além disso, o acompanhamento da família pelos trabalhadores da saúde possibilita o cuidado desta e serve como incentivo ao usuário de drogas no seu próprio tratamento (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

O modo de cuidado proposto pelas políticas públicas é o que possibilita este encontro entre os profissionais da saúde e as famílias em seu contexto de vida revelando a complexidade das relações, as histórias de vida e o sofrimento mental do usuário e a família. Este novo modo de atuar demanda novas formas de cuidar, de lidar com os imprevistos, de recriar frente à necessidade de cada pessoa e, por isso, é desafiador e exige mais dos trabalhadores da saúde mental.

Outro desafio enfrentado pelos usuários de drogas é a relação deste com a sociedade, como exposto por T02. Neste sentido, Ronzani; Noto e Silveira (2014) observam que o usuário de drogas é constantemente afetado pelo processo de estigmatização que gera restrição social, baixa autoestima e perspectivas limitadas de recuperação que interferem de modo negativo no tratamento. Além disso, a ação

da mídia que transmite informações deturpadas, somadas à falta de esclarecimento sobre o transtorno, gera uma percepção do usuário de drogas como incapaz de se recuperar e muitos são vistos como temidos. Deste modo, sofrem com o preconceito e discriminação, com a desconfiança e os estereótipos negativos.

Nesta mesma vertente, Romanini e Roso (2013) destacam que a mídia, através da televisão, principalmente, relaciona modos simbólicos sobre o uso de drogas, produzindo um efeito de individualização que produz e/ou mantém um imaginário social do usuário de drogas como doente ou delinquente. Em ambos os casos, o destino do usuário de drogas é a punição, ora através da internação hospitalar, ora através do aprisionamento.

Assim, sair das paredes do CAPS e ir ao encontro do desconhecido representa uma valiosa ferramenta de cuidado em saúde mental que possibilita novas formas de atenção aos usuários de drogas. Os conflitos familiares vividos em função do uso de drogas fazem com que o trabalhador se depare com um dos motivos que os levam a procurar a internação como refúgio. O fragmento de T03, a seguir, destaca essa questão:

A família sempre muito ansiosa... de um modo geral a família solicita muito assim a internação direto, acho que tem de um modo geral na sociedade assim uma fantasia de que tu internando a pessoa tu vai tirar aquilo ali com a mão [...] claro que muitas vezes a família já está cansada e já não aguenta mais muitas vezes [...] Muitas vezes acontece de fato de ter um risco eminente pra família e aí é isso que tu tem que poder avaliar [...] talvez tenha um cansaço e talvez tenha um certo alívio de ver a pessoa internada longe [...] tu poder colocar pra aquela família que talvez a expectativa que ela tenha não vai ser exatamente atendida que isso também faz parte do cuidado, que também faz parte do cuidado da saúde mental, de tu poder trabalhar com ela essas questões e sempre oferecer a escuta por parte do CAPS [...] mais que muitas vezes a família não está nem um pouco disposta então fica bem difícil isso (T03).

Nesta perspectiva, a equipe possui o desafio de desconstruir com a família o imaginário social de que a internação irá resolver as demandas em saúde do seu familiar. E para, além disso, construir com a família os meios de cuidado de si e do usuário, pois há uma sobrecarga familiar que também precisa ser atendida pelas equipes de saúde, como discutido no primeiro capítulo.

A preocupação com o uso da internação é devido ao fato histórico de ter sido utilizada como ferramenta de isolamento social, maus tratos e punição. Ou seja, a internação foi usada secularmente como a melhor opção, no entanto, era um

dispositivo de isolamento, não havendo outros modos de cuidado em liberdade. No entanto, atualmente a internação é uma tecnologia de cuidado entre outras terapêuticas que existem e que deve ser utilizada quando houver a necessidade desta intervenção.

Entretanto, no estudo de Scisleski; Maraschin e Silva (2008) no qual foi avaliado o percurso de jovens em internações identificou-se que o uso da internação como primeira opção, sem a utilização de outras terapêuticas menos invasivas compatíveis com as premissas do modo psicossocial. Neste sentido, é necessário reavaliar o modo como as internações estão sendo usadas e propor métodos que valorize o uso de serviços substitutivos de saúde mental como o acompanhamento dos jovens em CAPS, ou outros serviços RAPS.

Outro desafio do trabalho da Equipe Itinerante está na ressignificação do olhar do trabalhador, que muitas vezes perpetua o olhar moralizante e excludente da sociedade que pertence:

A gente se coloca sempre a disposição em tá nesses momentos que eu falei de avaliação e de planejamento, por exemplo, de plano do usuário. A gente consegue tá marcando reuniões com a rede ampliada assim entrando em contato com os outros serviços, com os outros dispositivos, mas é sempre muito difícil assim também, principalmente, quando envolve o uso de drogas e muito talvez também por essa, por esse imaginário social em relação ao uso de drogas sabe e mesmo com profissionais e colegas de outros setores tu encontra um certo preconceito (T03).

Nesta lógica, os profissionais que compõem os serviços de cuidado também são influenciados pelo moralismo existente na sociedade. Neste sentido, a Equipe Itinerante deve continuar tecendo as redes de cuidado e nestas promovendo diálogos que desconstrua imaginários sociais em relação ao usuário de drogas.

Souza, Alencar e Ribeiro (2015), observam a necessidade dos profissionais da saúde em identificar os próprios preconceitos em relação ao consumo de drogas e todas as questões existentes nesse fenômeno de uso. Atitude não reflexiva e olhar preconceituoso geram grandes sofrimentos, principalmente, ao usuário que já enfrenta os problemas físicos, psicológicos e sociais relacionados ao consumo da droga.

É nesse sentido que o município pode investir em programas de educação permanente que incluam o tema “drogas” nas agendas. Abordado desde o ponto de vista da quebra de estigmas, da diminuição de preconceitos e da reorientação dos

serviços para atender aos problemas complexos gerados pela droga na vida do sujeito, pode ajudar na maior aproximação das famílias e dos usuários dos serviços, como parceiros e corresponsáveis pelo tratamento.

Essas iniciativas podem modificar estruturas de saúde que garantam o cuidado na perspectiva da integralidade. É preciso repensar e rediscutir o papel do trabalhador, o que realmente pode ser um problema de saúde, o que se entende por necessidade do usuário, que finalidades e instrumentos estão envolvidos nesse processo de cuidar. Não é fácil provocar reformas, pois se mexe em formas seculares de práticas de cuidado e modos obsoletos de produzir saúde (REIS et al., 2007).

Deste modo, as inovações que permeiam o trabalho da Equipe Itinerante também convivem cotidianamente com os desafios impostos por um modo de funcionar mais próximo das pessoas do que dos serviços. Essa dialética de cuidar, que não é regular, é típica do modo psicossocial como possibilidade capaz de trazer originalidade e mais diversidade à prática em saúde mental, apesar de também novos desafios para o processo.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As frases finais deste estudo, que teve por objetivo “analisar as tecnologias presentes no trabalho da Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental do município de Viamão/RS”, são na verdade frases iniciais, ou seja, espero que os resultados desta pesquisa sirvam de disparador para outros estudos que possam contemplar novas experiências de trabalho em saúde mental com vista ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico.

A criação da Equipe Itinerante de Saúde Mental é uma inovação, uma possibilidade de fazer diferente, uma busca por novos processos de trabalho que respondam as complexidades do cuidado de cada pessoa. Mas há uma peculiaridade nas ações desta equipe, pois foi criada com o objetivo principal de diminuir a judicialização da saúde e para repensar a terapêutica do usuário de modo interdisciplinar e não apenas para cumprir ordens judiciais sem o olhar de outros atores sociais e principalmente de quem sofre a ação, o usuário.

A formação dessa equipe objetiva, também, uma necessária aproximação que se apresenta de forma complexa; a união de dois grandes setores que precisam estar juntos para pensar e repensar novas formas de cuidar, o setor saúde e o setor judiciário. Assim, é potente ter uma equipe que, além de buscar novos modos de cuidado, faz a aproximação necessária e urgente com o setor judiciário, pois com este é preciso construir “algumas coisas” como, as necessidades de vida das pessoas que vão para além do setor saúde e expandem aos serviços de bem estar social, sendo preciso envolver estes no cuidado.

Deste modo, trazer ao conhecimento da sociedade a criação de um novo dispositivo de trabalho, possibilitado pela mudança de modelo assistencial que permite aos profissionais criarem e recriarem novos modos de cuidado é, também, o meu objetivo. Neste sentido, inicio a falar do processo de trabalho da Equipe Itinerante, pois ela possui a clareza em relação ao seu objeto de trabalho, que é o usuário, e que precisa realizar movimentos compartilhados com os serviços de referência para garantir o cuidado.

No entanto, em relação à concepção e ao papel da equipe há divergências, pois para alguns a responsabilidade pelo cuidado é dos serviços de referência e não da Equipe Itinerante. Para outros trabalhadores, o cuidado diz respeito a todos, e

sem as ações em conjunto não será possível diminuir a judicialização da saúde e nem promover melhores métodos de cuidado.

Em relação ao uso das tecnologias de trabalho, a equipe utiliza os seguintes instrumentos: as Avaliações dos Atos da Vida Civil, as Guias de Encaminhamentos, Internações Psiquiátricas e a Reunião de Equipe. Estes permitem à equipe realizar as suas atividades e cumprir com os objetivos do trabalho do serviço.

Na organização do trabalho da equipe destaco as ações de desburocratização das atividades tendo em vista sua natureza, que recebe grande volume de documentos judiciais. Neste sentido, os profissionais investem em articulações e intervenções em conjunto com serviços de referência e se mostram abertos para construir juntos, mas, também buscam com essa aproximação que a rede cumpra o seu papel no cuidado.

Nas atividades intersetoriais, com destaque para as ações com a rede de saúde mental e com o judiciário, a equipe observa a maior abertura dos serviços de saúde com a Equipe Itinerante, melhor compreensão dos profissionais em relação à importância da diminuição da judicialização da saúde e com o cuidado dos usuários.

No entanto, há a necessidade de maior diálogo com o judiciário, pois as equipes de saúde possuem uma dificuldade para a concretude de suas ações devido aos prazos de respostas estabelecidos pela justiça em relação à terapêutica do usuário. Assim, a Equipe Itinerante reconhece os avanços em relação ao trabalho com o judiciário, sendo este uma porta de entrada para o cuidado, mas destaca a necessidade de reuniões com o setor.

No último tópico do estudo foram expostas as potencialidades e os desafios do trabalho da equipe itinerante na rede de cuidado. Em relação às potencialidades, a equipe destaca a criação deste serviço para atuar com o setor judiciário e diminuir a judicialização da saúde, pois esta é alta no município.

Os participantes destacam, ainda, a autonomia que possuem para realizar as atividades, desenhando novas formas de cuidar, e o fato de terem um carro para desempenhar as tarefas do serviço. Outras potencialidades do serviço foram os avanços na construção de pontes de diálogos e cuidado compartilhado com o CAPS AD e a atenção básica, embora ainda haja limites em relação a este último serviço.

Em relação aos desafios do trabalho na Equipe Itinerante os participantes trouxeram: a dificuldade de encontrar o usuário em sua residência, o manejo dos conflitos entre o usuário e a família e as questões de violência, tráfico e o

preconceito da sociedade com o usuário de drogas. Além destes, o desafio de desconstruir com a família que a internação é apenas uma terapêutica entre tantas outras necessárias no cuidado, ou seja, que a internação não resolverá por completo o problema de saúde mental do seu familiar.

Outro desafio para a equipe é o trabalho em rede; embora haja uma disponibilidade dos trabalhadores da Equipe Itinerante para construir de forma compartilhada, os profissionais de outros serviços e setores expõem seus preconceitos, dificultando as trocas intersetoriais e o cuidado compartilhado.

Portanto, a presente pesquisa trouxe ao conhecimento dos usuários, familiares, trabalhadores e gestores da saúde a criação deste novo serviço e o seu processo de trabalho. Espero que o estudo possibilite novas reflexões, bem como a construção de novas equipes itinerantes de cuidado em saúde. Saliento que o estudo possui limites, pois foi realizado em um determinado cenário e para atender a uma demanda específica da equipe gestora local, que era de conhecer o trabalho e alguns desdobramentos dos resultados dele. Talvez em outros cenários em que se configure essa equipe itinerante os resultados possam ser diferentes.

No entanto, é possível entender que as tecnologias de trabalho utilizadas pela Equipe Itinerante de fato fortalecem as ações de cuidado no modo psicossocial, como prevê o pressuposto deste estudo. Ao propor novas tecnologias de cuidado que evitem a judicialização da saúde e que tragam o usuário como foco do cuidado, o trabalho da Equipe Itinerante se aproxima da inovação assistencial e das políticas públicas focadas no modo psicossocial e no cuidado em liberdade.

Deste modo, a realização deste estudo me proporcionou conhecer melhor o universo de judicialização da saúde e a refletir sobre a necessidade de aproximação entre o setor saúde e o setor judiciário, que são igualmente responsáveis pelo cuidado. Neste sentido, a judicialização da saúde gera gastos relevantes a estes dois setores, o que pode ser rediscutido e avaliado, pois havendo maior entrosamento e diálogo entre estes setores é possível avançar em novos caminhos para o cuidado sem a judicialização da saúde.

Além disso, o caminhar no território de vida dos usuários me levou novamente a refletir sobre a minha experiência em um Programa de Redução de Danos, pois as realidades e necessidades de vida das pessoas se repetem. Se mostra de modo peculiar ao profissional a precisão de expandir em novos modos de cuidado a partir do *habitat* destas pessoas. Portanto, é nestes cenários que a real complexidade do

cuidado transparece, levando a uma desestabilização do profissional e, conseqüentemente, à criação de novas modelagens de cuidado que possam responder as demandas de saúde dos usuários e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em saúde mental. In: PINHEIROS, R; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2006. p. 241-257.
- ALMEIDA, A. S; FUREGATO, A. R. F. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 4, n. 1, p. 79-88, 2015.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143p.
- ANDRADE, M. C.; COSTA-ROSA, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, n. 7, p. 27-41, 2014.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.
- ANDRADE, A. T.; SOUSA, M. L. T.; QUINDERÁ, P. H. D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2013.
- ANTONACCI, M. H. **Trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio**. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.
- AZEVEDO, E. B. et al. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 612-623, 2014.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995. 326p.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 abr. 2001, Seção 1, p. 2.

BRASIL. Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, Institui o Código Civil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 jan. 2002, Seção 1, p. 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação e políticas públicas sobre drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. p.106.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2004. 64p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 fev. 2002, Seção 1, p. 22.

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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 230-232.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 32p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 189, de 19 de novembro de 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 dez. 1991, Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria de nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece normas e diretrizes para o atendimento ambulatorial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 jan. 1992, Seção 1, p. 1168.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2, ed. Brasília, 2008. 60p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 2002. 213p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília, 2010. 210p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Área Técnica de Saúde Mental. **Nota Técnica Conjunta/2012**. Adequação dos Consultórios de Rua e Implantação de novas equipes de Consultório na Rua estabelecidas pelas Portarias 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009. 44p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: 2009. 44p.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 380p.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 871p.

COLLARES, P. M. C. Análise da rede assistencial em saúde mental: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

COSTA, J. S. **A importância da família para o tratamento de álcool e outras drogas**. 2008 (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-168.

COUTO R.; ALBERT S. Breve história da reforma psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/80, p. 49-59, 2008.

DESVIAT, M. **A Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167p.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos histórico da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DELFINI, P. S. S; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DIMENSTEIN, M; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2009.

DUARTE, M. L. C. **Familiares dos usuários de crack em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidado**. 2013. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DUTRA, V. F. D; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, Cundinamarca, v. 14, n. 4, p. 529-540, 2015.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. 320p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis,:Vozes, 1987. 288p.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, esp., p. 753-761, 2011.

GARBIN, P.R. et al. Acesso à justiça e o direito à saúde: um estudo de caso na região noroeste do Rio Grande do Sul. **Revista Inovação**, Teresina, v. 3, n. 2, p. 70-87, 2014.

GOLUB, A; DUNLAP, E; BENOIT, E. Drug use and conflict in Inner-city African-American relationships in the 2000s. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 42, no. 3, p. 327-337, Sept. 2010.

GONÇALVES, R. B.M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992.

GONÇALVES, R. B.M. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GRANDO, M. K; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 504-510, 2010.

GUEDES, A. C. **Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história**. 2010. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009a.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, 2009b.

HORI, A. A; NASCIMENTO, A. F. O Projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados gerais do município de Viamão**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde – algumas reflexões preliminares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.2, p. 5-15, 1997.

KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2009.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, 2007.

LACCHINI, A. J. B. et al. Características de usuários de crack atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial: concepção da equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 196-204, 2015.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008. 127p.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011.

LIMA, C. H. R. et al. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 2, p. 209-214, 2015.

MARX, K. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARX, K. **O Capital**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. 940p.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014.

MEDEIROS, K. T. et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-279, abr./jun. 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro - RJ, n. 65, p. 316-23, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado: movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde.** [S.l.: S.n.] 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec; 2007. (Saúde em Debate, 145).

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-102.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde.** São Paulo, 2008. 96p.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. **Superando o manicômio: desafios na construção da reforma psiquiátrica.** Curitiba: EdUFMT, 2005. 209p.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação das parcerias intersectoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 591-599, 2014.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl.1, p. 16-22, 2009.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P.; Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviço de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247 f. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINHO, L. B. et al. **Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack**: relatório de pesquisa. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface**, Comunicação Saúde Educação, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, 2010.

PINHO, B. L. et al. Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. **Enfermería Global**, Murcia, v.11 n. 25, p. 139-149, 2012.

PIRES, L. B.; **A humanização no cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade**: a experiência vivenciada no consultório na rua de Campinas/SP. 2014. Trabalho de Conclusão (Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 254p.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Fisiologia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

PITTA, A. M. F. Os Centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 12, p. 647-648, 1994.

POLLO-ARAUJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Aspectos históricos da redução de danos. In: NIEL, M.; Silveira, D.X. **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo, 2008. p 11-20.

PREDEBON, J; GIONGO, C. A Família com filhos adolescentes em conflito com a lei: contribuições de pesquisas brasileiras. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 88-104, jun. 2015.

QUINDERÁ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RANGEL, MN. **A “nova” cronicidade nos “novos” serviços de atenção psicossocial**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

REIS, M.A.S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunicação Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Miatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 483-497, 2013.

RONZANI, T. M; NOTO, A. R; SILVEIRA, P. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: UFJF, 2014. 24p.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 112.

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3441-3450, 2014.

SCHUCH, P. **Práticas de justiça: uma etnografia do “campo de atenção do jovem infrator” no Rio Grande do Sul depois do Estatuto da Criança e do Adolescente**. 2005. 345 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, 2008.

SCISLESKI, A. C. C. **“Entre se quiser saia se puder”**: Os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica. 2005. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. Terapia multifamiliar e dependência química. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 363-378, 2009.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 420-424, 2015.

SOUZA, W. C.; ALENCAR, I. M.; RIBEIRO, P. E. Cuidado integral à saúde de usuários de crack e outras drogas: ação de rede entre consultório de rua e atenção básica. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**. Málaga, n.30, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987. 174p.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010, 162p.

VALDEZ, A. et al. Fumando la piedra: emerging patterns of crack use among Latino immigrant day laborer s in New Orleans. **Journal of Immigrant and Minority Health**, New York, v. 12, n. 5, p. 737-742, Oct. 2010.

VERONESE, J. R. P. O adolescente autor de ato infracional sob a perspectiva da intersetorialidade. **Revista do Direito Unisc**. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 47, p. 125-143, 2015.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 291 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 192p.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208 p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

APÊNDICE A - Roteiro da observação de campo

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A EQUIPE ITINERANTE

- Como funciona a Equipe Itinerante (características, plano terapêutico, horários, instalações, entre outros);
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros);
- Características dos usuários atendidos (faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.);
- Cronograma de atividades oferecidas;
- Observar os momentos em que ocorre o planejamento das ações no serviço (periodicidade, reuniões da equipe, etc.).

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS OU GRUPO:

- Profissional (is) que realizou (aram) o atendimento,
- Identificação do problema que levou a busca ativa do usuário;
- Relação usuário e trabalhador;
- Escuta;
- Identificar os instrumentos de trabalho usados pela Equipe Itinerante que possibilitam o cuidado do usuário de drogas;
- Uso de normas da equipe (rígida ou não);
- Conduta do profissional frente ao caso;
- Como o usuário foi recebido;
- Intervenções feitas: como o usuário recebeu essa intervenção, se aceitou ou não, recebeu informações suficientes, etc.;
- Quem agenda os atendimentos, tempo médio entre a marcação e a consulta;
- Analisar os resultados oriundos do trabalho realizado pela Equipe Itinerante para o cuidado ao usuário de drogas.

REGISTROS

- Como são feitos e usados os registros?;
- Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários);
- Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas;
- Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados;
- Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares;
- Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe;
- Observar demais documentos componentes da política de saúde mental, da qual a Equipe Itinerante faz parte.

TRABALHADORES:

- Quem são os trabalhadores, características, formação;
- Envolvimento com os serviços da Rede de cuidado, intersetorial;
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência se reúnem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde);
- Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente ao CAPS (detalhar quando e quem está em que turnos);
- Observar a presença de stress, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe;

- Existência de propostas de capacitações, se estas são dirigidas à equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas;
- Observar se os profissionais têm afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho;
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?;
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários;
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários;
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero;
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho;
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades?;
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe;
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades?;
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares;
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem;
- Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas?

APÊNDICE B - Diário de campo

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Diário de Campo**

NOTAS DO OBSERVADOR	PERCEPÇÕES / OBSERVAÇÕES	PRÉ-ANÁLISE

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Escola de Enfermagem

Identificação do Sujeito da pesquisa: Cargo _____ n° _____

1. Dados pessoais

- 1.1 Sexo
- 1.2 Idade
- 1.3 Profissão
- 1.4 Tempo de formação profissional
- 1.5 Formação específica na área de saúde mental (tipo, tempo)
- 1.6 Tempo de atuação na Equipe Itinerante

2. Questões semiestruturadas

- 2.1. Fale sobre a criação da Equipe Itinerante e o seu papel como trabalhador nela (explorar o que se faz, como se faz, a história da equipe itinerante, etc.),
- 2.2. Como funciona a equipe itinerante no município em relação ao cuidado a usuários de drogas? (explorar o acompanhamento da equipe com o usuário, quais são as atividades que cada trabalhador desempenha, a relação com serviços, com a rede, fluxos, etc)
- 2.3. Qual é a sua opinião em relação à existência dessa equipe itinerante para as políticas de saúde mental no município?
- 2.5. Quais são os desafios da equipe itinerante em relação ao cuidado ao usuário de drogas?
- 2.6. Quais são as potencialidades do trabalho da equipe itinerante em relação ao cuidado de usuários de drogas?

APÊNDICE D – Autorização da Secretária Municipal de Saúde de Viamão para a execução da pesquisa

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

Para: Sra. Sandra Sperotto

MD Secretária Municipal de Saúde – Viamão/RS

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a intenção de desenvolver uma pesquisa junto à equipe itinerante da Rede de Saúde Mental deste município. O projeto de pesquisa denominado **“O cuidado ao usuário de drogas: uma análise do processo de trabalho realizado por uma equipe itinerante em saúde mental”** esta ligado à dissertação de mestrado de Adriane Domingues Eslabão, CPF 001.339.130-58, matrícula 0241490, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujo orientador é o Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

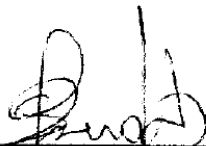
Vale ressaltar que a Escola de Enfermagem e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS vêm desenvolvendo uma parceria junto à coordenação municipal de saúde mental há três anos. E dando continuidade ao nosso interesse em fortalecer os laços com o município e, a partir de nossa responsabilidade social enquanto academia, contribuir para a qualificação das políticas públicas em saúde mental, apresentamos nosso interesse atual de pesquisa. Além disso, em contato prévio com a coordenação de saúde mental foi manifestado à concordância da mesma e o pedido para realização deste estudo.

Deste modo, é preciso solicitar, respeitosamente, a Senhora Secretária de Saúde a autorização para a realização da presente pesquisa em nível municipal. Salienta-se que o tema é relevante e trará contribuições para

qualificar o atendimento e as políticas de saúde mental em Viamão. Além disso, garantimos que o projeto respeitará todos os princípios éticos da pesquisa e que terá início somente após a sua autorização e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocamo-nos ao seu dispor para quaisquer esclarecimentos.

Ciente. De acordo:



Sandra Sperotto
Secretaria de Saúde de Viamão-RS

Responsáveis:

Adriane Domingues Eslobão

E-mail: adrianeeslobao@hotmail.com

Fone: (53) 8104-1135

Leandro Barbosa de Pinho

E-mail: lbpinho@uol.com.br

Fone: (51) 8137-1860

APÊNDICE E - Carta de apresentação ao comitê de ética em pesquisa**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem****PESQUISA:**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Ilmo. (a) ao Sr (a).

Encaminho a V.S.^a o presente projeto de dissertação para análise e apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto será realizado com uma Equipe Itinerante de Saúde Mental do município de Viamão do estado do Rio Grande do Sul. A realização desta pesquisa é requisito básico para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

O tema do estudo a ser desenvolvido possui como objetivo: **“Analisar as tecnologias presentes no trabalho da Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental do município de Viamão-RS”?**

Ressalto que o desenvolvimento do estudo será regido pelo compromisso ético da autora, contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução nº. 466/2012 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Sem mais, agradeço.

Porto Alegre, ____/____/2015.

Adriane Domingues Eslabão
Orientanda
E-mail: adrianeeslabao@hotmail.com
Fone: (53) 8104-1135

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Orientador
E-mail: lbpinho@uol.com.br
Fone: (51) 8137-1860

APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao (a) senhor (a) a presente pesquisa, intitulada "**O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS: UMA ANÁLISE DAS TECNOLOGIAS PRESENTES NO COTIDIANO DO TRABALHO DE UMA EQUIPE ITINERANTE**", que será desenvolvida pela Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Adriane Domingues Eslabão, sob a orientação do Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho. Trata-se de um estudo que tem por objetivo o Conhecimento do processo de trabalho da Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental do município de Viamão-RS.

Acreditamos que o estudo contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, bem como para o conhecimento de processos de trabalho inovadores em Saúde Mental.

Realizaremos uma entrevista conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. No entanto, não se preocupe, pois será garantido o caráter confidencial das informações e o anonimato. Garantimos que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados por nós. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá prejuízo.

A entrevista deverá durar em torno de 60 minutos. Estaremos atentos para minimizar quaisquer riscos morais ou emocionais que possam ocorrer com a entrevista. No entanto, caso ela esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Informamos que, se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada e a outra ficará com você:

Deste modo, garantimos que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Mestranda: Adriane Domingues Eslabão
Fone: (53) 8104-1135

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Fone: (51) 8137-1860, 8221-0103

Nome do participante: _____

De acordo: _____

Viamão,.....de.....de 2015.

Assinatura do Participante

APÊNDICE G - Autorização da Secretária de Saúde Mental para análise documental da política de Saúde Mental de Viamão/RS



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

A/C Sra. Sandra Sperotto
MD Secretária de Saúde – Viamão/RS

Nós, pesquisadores responsáveis pela pesquisa “**O cuidado ao usuário de drogas: uma análise das tecnologias presentes no cotidiano do trabalho de uma equipe itinerante**”, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do município, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconiza a Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde.

Informamos que a referida pesquisa tem por objetivo conhecer as tecnologias presentes no cotidiano do trabalho da equipe itinerante em Viamão/RS. Acreditamos que o estudo contribua na construção do conhecimento no campo da saúde mental, além de fortalecer estratégias inovadoras no município em relação ao cuidado a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.

A análise documental prevê acesso a documentos que embasam a política de saúde mental do município (protocolos, políticas, notas técnicas, entre outros), atas de reuniões, relatórios de gestão e indicadores de saúde. Para isso, solicitamos sua autorização para acesso a esses documentos.

Certo de sua atenção e no aguardo, atenciosamente subscrevemo-nos.

Adriane D. Eslobão
Adriane Domingues Eslobão
Mestranda – PPGENF/UFRGS

Leandro Pinho
Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Orientador

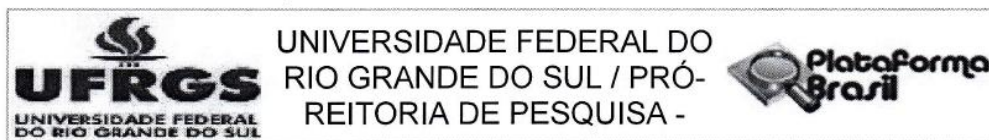
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco
CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS
Telefones: 51-33085431, 82210103 ou 53-81041135.
E mail: adrianeeslobao@hotmail.com ou Lbpinho@ufrgs.br

Ciente e de acordo: _____

[Handwritten signature]

ANEXO A - PARECER DO CONEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS: UMA ANÁLISE DAS TECNOLOGIAS PRESENTES NO COTIDIANO DO TRABALHO DE UMA EQUIPE ITINERANTE

Pesquisador: Leandro Barbosa de Pinho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45017315.0.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.144.089

Data da Relatoria: 09/07/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado à Dissertação de Mestrado – PPGENF-UFRGS.

Postula que o cuidado deve acontecer no território de moradia do sujeito, havendo uma preocupação com a interface dos recursos presentes e a valorização das relações sociais e familiares dos sujeitos. Isto implica em desafios à organização das práticas mas, também, confere maior liberdade aos profissionais da saúde mental para investir e inventar novos modos de cuidar. Assim, como algo inovador e compatível com as premissas do modo psicossocial, surgem equipes itinerantes. Nessa lógica, o foco do estudo consiste em conhecer não somente o funcionamento de uma equipe itinerante, mas também acerca das tecnologias relacionadas aos saberes e práticas da equipe que são utilizadas na produção de cuidado.

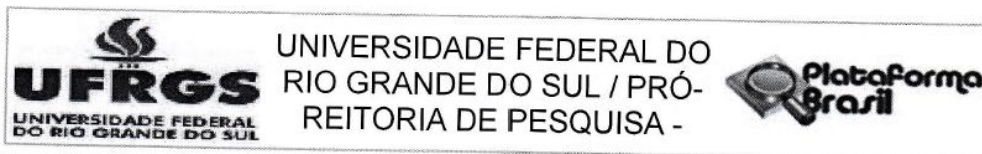
Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar as tecnologias presentes no trabalho da Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental do município de Viamão-RS.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.144.089

- Identificar as tecnologias usadas pelos trabalhadores da equipe itinerante para o cuidado de usuários de drogas.
- Analisar os desafios e as potencialidades do trabalho da equipe itinerante para o cuidado ao usuário de drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente informados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CARACTERIZAÇÃO: Estudo qualitativo do tipo estudo de caso.

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Rede de Saúde Mental do Município de Viamão.

PARTICIPANTES: profissionais que compõem a Equipe Itinerante de Saúde Mental, totalizando três sujeitos. Esta informação foi compatibilizada no Formulário da Plataforma Brasil e na nova redação do projeto, em atendimento ao parecer anterior.

COLETA DE DADOS: A coleta de dados ocorrerá por meio de três procedimentos: a) análise documental, consultando documentos que embasam a política pública de saúde mental da cidade, além de atas de reuniões (caso houver), relatórios, ofícios e outros documentos cuja pertinência esteja atrelada ao objeto de estudo; b) observação participante junto à equipe itinerante num período de dois meses, de 2ª a 5ª feira; c) entrevistas semi-estruturadas com 3 sujeitos.

ANÁLISE/TRATAMENTO DOS DADOS: Análise do tipo temática.

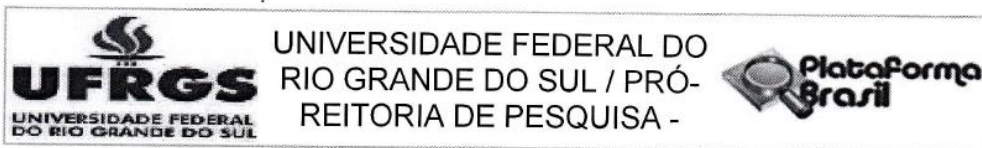
ORÇAMENTO: Consta de forma detalhada. Atendeu recomendação, informando responsabilidade pelo custeio.

CRONOGRAMA: Atualizado, conforme recomendação no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Anexou parecer consubstanciado da COMPESQ-ENF-UFRGS.
- Anexou declaração de concordância da Instituição proponente - UFRGS.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.144.089

- Anexou autorização prévia da Instituição de Realização (SMS Viamão – RS).
- Anexou autorização para consulta de documentos (análise documental), conforme indicado no parecer anterior.
- Anexou TCLE em separado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Contemplou ajustes relativos às pendências mencionadas nos pareceres anteriores.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 09 de Julho de 2015

Maria da Graça Corso da Motta

 Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br