

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO EDUCASAÚDE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA**

**Reorganização do cuidado no CAPS: Possibilidades de mudanças no
cotidiano de trabalho**

Maurício da Silva César

Porto Alegre, 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO EDUCASAÚDE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA**

Reorganização do cuidado no CAPS: Possibilidades de mudanças no cotidiano de trabalho

Maurício da Silva César

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Como requisito parcial para Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.

Orientador: José Geraldo Soares Damico

Porto Alegre, 2015

Agradecimentos

Agradeço a minha família que esteve junto comigo e me deu apoio nesse período.

Agradeço aos amigos Conrado, Salsa, Luizão e Léo Abib por me proporcionar encontros muito divertidos no grupo de estudos das segundas-feiras.

Agradeço a Carol que foi minha companheira durante grande parte da residência.

Agradeço as equipes das quais pude fazer parte, das quais pude aprender muito sobre o trabalho em saúde.

Agradeço ao Damico por ter sido um grande parceiro nessa minha caminhada na residência.

Agradeço ao grupo de brincantes do paralelo 30° pelas vivências no âmbito da cultura popular mundo afora.

Agradeço aos colegas de residência que me ensinaram muito ao longo dos espaços coletivos.

Agradeço ao coletivo gaúcho de residentes por propor espaços formativos e coletivos dos quais pude participar.

Agradeço a todos que fizeram parte dessa caminhada até aqui.

Sumário

1	Considerações iniciais.....	7
2	Aspectos gerais sobre noção de cuidado	9
2.1	Gestão do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde	10
2.2	Cuidado em saúde mental no CAPS.....	12
2.3	Cuidado oferecido pelo CAPS	14
2.3.1	Trabalho em equipe multiprofissional.....	14
2.3.2	Acolhimento.....	14
2.3.3	Atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas no CAPS.....	15
2.3.4	Projeto terapêutico singular	15
2.3.5	Visitas domiciliares.....	16
2.3.6	Espaço de convivência.....	16
2.4	Desafios e perspectivas em disputa no campo saúde mental	17
3	Relato de algumas situações vivenciadas	20
3.1	Acolhimento em dupla.....	21
3.2	Joana chega ao CAPS.....	22
3.3	Atravessamentos de gestão que influenciam no processo de trabalho.....	24
3.4	Idas e vindas no território	25
3.5	Crise para entrar e crise para sair.....	27
4	Considerações finais	31
5	Referencias	33

Resumo

Busco por meio deste trabalho possibilitar a reflexão, discussão e problematização em torno do tema do cuidado em saúde mental praticado pelas equipes dos CAPS e a reorganização interna das equipes, o que acaba incidindo diretamente no cuidado. O presente trabalho tem como objetivos problematizar como as equipes reorganizam a gestão interna do trabalho no CAPS para organizar o cuidado, a partir de uma série de atravessamentos cotidianos que vão desde decisões da gestão até situações com usuá@ri@s. Lanço mão do recurso metodológico do relato de experiência, com base nas experiências vivenciadas por mim nos cenários de prática de dois CAPS situados na região metropolitana de Porto Alegre. Para isso, considero importante a realização de uma breve contextualização sobre a noção geral de cuidado, gestão interna das equipes dos CAPS, os dispositivos oferecidos pelas equipes de CAPS. Para posteriormente trazer para a discussão o uso das tecnologias leves, e no encontro entre trabalhadores e usuários levantar algumas hipóteses para as equipes em conjunto com os usuários, identificar, responsabiliza solucionar as necessidades de saúde levantadas nesses encontros.

Palavras-chave: Cuidado em saúde; reorganização do trabalho; tecnologias de cuidado.

Resumen

Busco a través de este trabajo posibilitar la reflexión, discusión y problematización alrededor del tema del cuidado en salud mental practicado por los equipos de los CAPs y de la reorganización interna de los equipos, lo que acaba por incidir directamente sobre el cuidado. El presente trabajo tiene el objetivo de problematizar acerca de cómo los equipos reordenan la gestión interna del trabajo en el CAPs para organizar el cuidado. Echo mano del recurso metodológico del relato de experiencia, basado en las experiencias vivenciadas por mí en los escenarios de práctica de dos CAPs ubicados en la región metropolitana de Porto Alegre. Para esto, pienso que es importante la realización de una breve contextualización acerca de la noción general del cuidado, gestión interna de los equipos del CAPs, los dispositivos ofrecidos por los equipos de CAPs, para posteriormente traer para la discusión el uso de las tecnologías leves, y en el encuentro entre trabajadores y usuarios, formular algunas hipótesis para los equipos en conjunto con los usuarios, identificar, responsabilizar y solucionar las necesidades de salud observadas en nuestras citas.

Palabras clave: cuidado en salud; reorganización del trabajo; tecnologías de cuidado

1 Considerações iniciais

Durante o período da residência em Saúde Mental Coletiva na Residência Integrada Multiprofissional (RIS) em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul –UFRGS, atuei em diferentes cenários de práticas, entre elas, duas experiências em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma em um CAPS do tipo II e outra em um CAPS do tipo III, situados na região metropolitana de Porto Alegre, também estive vinculado no projeto de acompanhamento terapêutico (AT na Rede) ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e na equipe do Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública – RS.

Uma infinidade de temáticas me chamaram a atenção. Principalmente alguns aspectos e dispositivos consagrados na literatura de saúde mental, como: acolhimento, cuidado e território, atenção a crise, trabalho em equipe, a gestão do processo de trabalho e, o tema do cuidado em Saúde Mental entre outros. Dentre essas temáticas elegi o cuidado em saúde mental por toma-lo como cerne das minhas preocupações durante o processo formativo. Principalmente em função do modelo baseado em serviços substitutivos ao manicômio, como no caso dos CAPS que exigem outras habilidades e capacidades dos trabalhadores, gestores e sociedade.

Por meio da experiência de trabalho no campo de prática, fui tendo contato com teorias que embasam algumas das práticas no cuidado em saúde mental. Como a clínica do acompanhamento terapêutico (PALOMBINI, 2004), as tecnologias do cuidado (MERHY, 2002), integralidade em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2001) redução de danos (CONTE, *etal.*, 2004) e a clínica peripatética (LANCETTI, 2006), o seminário teórico da RIS que tivemos sobre “Clínica” me auxiliou a pensar que caminhos que venho trilhando, pensando no cuidado em saúde mental, tendo mais elementos para compartilhar, trocar e questionar junto com a equipe de trabalho.

No campo da saúde coletiva autores como Emerson Merhy, Tulio Batista Franco, trazem importantes contribuições para pensar o cuidado em saúde na micropolítica do trabalho.

Com este trabalho pretendi problematizar como as equipes reorganizam a gestão interna do trabalho no CAPS para organizar o cuidado e observar que dispositivos são utilizados na organização interna como recurso terapêutico no cuidado dos usuários.

Para isso optei pelo recurso metodológico do relato de experiência descrevendo aspectos relativos ao cuidado em saúde vivenciados nas duas experiências nos serviços especializados em atender e acolher os diversos tipos de sofrimento psíquico, no caso os CAPS.

Para contar um pouco do que foi minha experiência me utilizo de livros, artigos, mas acima de tudo dos relatos de diário de campo, lanço mão também de escritos feitos nas aulas, seminários teóricos da residência, reuniões das equipes dos serviços em que estive presente, grupo de estudos em redução de danos, tutoria de núcleo da Educação Física, espaços de organização interna da residência, eventos que pude participar, entre outros lugares que fizeram parte de minha formação durante o período da RIS.

2 Aspectos gerais sobre noção de cuidado

Na construção do SUS, muitos de seus idealizadores, defendiam ideias sobre, as necessárias modificações no modelo de assistência, maior participação dos trabalhadores e usuários na implementação, gestão e controle das ações, para produzir um cuidado mais humanizado na defesa da vida.

A construção do SUS, foi um grande fato que sugeriu mudanças no modo de estruturar o trabalho e no modelo técnico assistencial.

O modelo anatomoclínico “de estruturação dos saberes e práticas de saúde, tomando por base o relatório flexner¹(EUA, 1910) que foi o principal dispositivo para a reorganização referencial de formação médica e das diversas profissões no século XX”(FRANCO; MERHY, 2013, p.163), exerceu forte influência no desenvolvimento das práticas de cuidado no SUS, ainda segundo os mesmos autores, muitas das práticas do SUS tiveram sustentação teórica com base na vigilância sanitária se contrapondo a clínica flexneriana.

A vigilância e a clínica como campos de saberes e práticas conviveram lado a lado na construção do SUS, mas não de forma solidária, mas como campos opostos. Esta oposição não é natural, foi construída imaginariamente pelos idealizadores da reforma sanitária, isto é, os sujeitos que formularam para o campo da saúde, produziram uma divisão simbólica e discursiva entre o modelo “preventivista” originário do campo da vigilância à saúde, e o modelo “clínico” centrado nas práticas “curativas”. Obviamente que aqui se tem uma representação, que neste caso específico é associada à clínica flexneriana. Fazemos questão de ressaltar que não precisaria necessariamente significar isto, pois a clínica pode ter várias conotações e práticas diferentes e pode inclusive constituir vários campos. No entanto esta dicotomia se produziu principalmente porque a clínica no caso da reforma sanitária foi associada ao modelo biomédico. (FRANCO; MERHY, 2013, p.164)

Decorre dessa formação, baseada no conhecimento especializado, a falsa compreensão, de que produzir cuidado passa prioritariamente pelo acesso a procedimento, exames, o que (Franco e Merhy, 2013) denominaram de a produção imaginária da demanda, esse entendimento de cuidado, pode gerar tensões atrapalhando a comunicação entre usuários e serviços.

¹ O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anatomofisiológico e tendo como principal referência o hospital (NOGUEIRA, 1994, p. 92-93, apud FRANCO; MERHY, 2013, p. 163-164).

Com a criação de novos dispositivos de saúde foram sendo estabelecidos outros jeitos de se fazer saúde. Possibilitando romper com o modelo de cuidado que exige grande conhecimento especializado, centrado em normas e procedimentos com alto consumo de insumos para um modelo de cuidado centrado no trabalho vivo em ato² no cotidiano dos serviços, de perfil relacional que aposta no encontro entre trabalhadores e usuários, com compromisso na construção de vínculos de acolher, resolver, se responsabilizar e construir autonomia.

Dessa forma, produzir cuidado em saúde desencadeou na reorganização do cuidado nos serviços de saúde.

2.1 Gestão do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde

Para pensar o cuidado no dia-a-dia dos serviços, lanço mão do conceito proposto por Merhy (2013) de tecnologias duras (maquinário, instrumentos), leve-duras (conhecimento técnico) e leves (relações).

Cada trabalhador carrega consigo sua “caixa de ferramentas”, saberes previamente estruturados, conhecimentos técnicos, podendo ser representado pelas diversas “clínicas”, ou ainda, tecnologias (leve-duras) e utilização de instrumentos (tecnologias duras). Lhe possibilitando, de antemão, ter um determinado olhar sobre os usuários, que pode vir ao encontro da busca das respostas procuradas pelos usuários.

Porém, nas relações criadas pelo encontro entre trabalhador e usuários, dependendo das necessidades dos usuários, muitas vezes, esse conhecimento técnico de suas formações em saúde, não encontra lugar de grande utilidade.

Nessa aproximação todos os trabalhadores de uma equipe podem auxiliar na tarefa de construir um ambiente acolhedor em que os usuários se sintam à vontade de expor suas questões, que possam ser escutados, construir relações de confiança. Não se trata de excluir o uso das tecnologias leve-duras e duras, mas colocar em evidencia o cuidado relacional.

² Texto produzido por EMERSON ELIAS MERHY, 2013. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.

No âmbito da micropolítica do cotidiano dos serviços, o campo das tecnologias de cuidado a serem usadas nos atos de saúde é território de muitas tensões e disputas de perspectivas.

Não é tarefa fácil romper com um modelo de cuidado hierarquizado e fragmentado, no conhecimento do saber médico especializado da psiquiatria, muitas vezes, centrado intervenção medicamentosa, usando como exemplo o caso da saúde mental. E instituir uma mudança no modelo de cuidado, priorizem o cuidado relacional, e que tenha como essencial na sua elaboração as necessidades dos usuários.

O movimento de mudança na saúde pressupõe processos de desterritorialização, isto é, ruptura com o velho território, e movimentos de reterritorialização, buscando novas identidades existenciais que vão pedir novas práticas de cuidado. A desterritorialização pressupõe agenciamentos, isto é, processos de mudança que são conflituosos, doloridos, e permeados por idas e vindas em que o sujeito é o tempo todo colocado diante de si mesmo e do novo território que se anuncia, é algo parecido com um “perder o chão”, morte de si, para a busca de outro chão, de si mesmo sob novos referenciais de vida e de produção. (FRANCO, MERHY, ANDRADE E FERREIRA, 2009, p.33)

Ao longo da construção do SUS, e ainda hoje, a alta complexidade, tecnologias duras, concentram grande parte do financiamento do SUS. De acordo com Feuerwerker (2014, p.77), “Em geral, na vigência do SUS, a alta complexidade concentrou 3/4 dos gastos em saúde, embora seja responsável por 1/3 dos atendimentos”. Colocar em primeiro plano o uso das tecnologias leves (relacionais) de cuidado, de baixo custo e grande resolutibilidade de problemas, pode ser uma alternativa as para grandes modificações no interior do processo de trabalho.

Para isso as necessidades dos usuários precisam ocupar lugar central. E na interação, diálogo e escuta entre trabalhadores e usuários que se levantar pistas para resolver os problemas identificados, e nessa intervenção adquirir sentido para os trabalhadores e usuários. Com isso é importante potencializar e ampliar a ideia de protagonismo dos usuários, sujeitos ativos de seu próprio cuidado.

Todo o lugar no qual se produz as práticas de saúde opera no campo da subjetivação, se expressando na construção de territórios de subjetivação comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas. (FRANCO E MERHY, 2009, p.343)

Os processos de trabalho podem, também, ter caráter vertical, marcados pelas normas instituídas, hierarquias.

Mas é nos seus modos de agir, nesse atuar, ir se interrogando, produzindo reflexões, teorias e experimentações, que os trabalhadores produzem cuidado e também produzem-se a si mesmos.

Por sua vez os sujeitos que dele se apropriam e organizam seus processos de trabalho, com sentido de produzir o cuidado, são também histórica e socialmente produzidos, isto é, à medida que trabalham, produzem o mundo no qual estão inseridos e a si mesmo, em processo de subjetivação, que os afetam, tornando-os também resultados das vivências no seu microcosmo de trabalho em saúde. (FRANCO E MERHY, 2009, p.348).

Entretanto, no trabalho vivo em ato, o trabalhador goza de certa autonomia no modo de produzir seu trabalho, mesmo quando os trabalhadores têm de realizar uma mesma tarefa não seguem de uma mesma maneira, cada trabalhador no CAPS atua de forma diferente, portanto agindo de forma singular. Tendo alguma gerencia no processo de formulação de seu próprio trabalho.

Ele tem como característica fundamental o autogoverno, ou seja, é o trabalhador quem comanda seu próprio processo de trabalho. Essa liberdade lhe confere uma poderosa capacidade de exercer mudança, a partir do seu lugar específico de trabalho. Isso significa que as lógicas de produção do cuidado vão depender das atitudes que o trabalhador tem perante o usuário, e essa atividade produtiva pode assumir diferentes perfis. (ANDRADE, FRANCO E FERREIRA, 2003, p. 132).

Os mesmos autores afirmam a ideia de que a mudança sujeito trabalhador mais do que qualquer modificação de dispositivo normativo. Para Cecilio (2007) o ponto de partida para se fazer mudanças na forma de se fazer gestão e de organizar o cuidado em saúde, possa estar na capacidade de questionar o mundo do trabalho antes de propor conceitos e/ou modos prescritivos de se fazer gestão.

2.2 Cuidado em saúde mental no CAPS

Os CAPS são serviços de média complexidade que foram criados na lógica de praticar o cuidado em liberdade, territorial e comunitário. Geralmente, é uma estrutura física como uma casa, situada em meio ao território onde vivem os sujeitos, sua estrutura arquitetônica deve ser acolhedora e se diferenciando

de outros estabelecimentos de saúde, o CAPS possibilita outras formas de se fazer cuidado, de maneira que transborda o controle e a rigidez hospitalar de funcionamento para um serviço de saúde que adquire uma dinâmica própria de funcionamento. Tendo a possibilidade de se organizar de acordo com a cultura e a demanda do território.

O CAPS acolhe diversos tipos de sofrimento psíquico, atende principalmente aos casos graves, deve estar sempre de portas abertas, receber toda e qualquer demanda de sofrimento psíquico e oferecer uma certa resposta aos usuários que buscam ajuda articulando a demanda individual dos sujeitos a outros espaços de cuidado da rede.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004 p.13).

Além disso está a cargo dos CAPS tentar efetivar uma diminuição de internações psiquiátricas em hospital geral e no caso dos CAPS do tipo III exercer o papel de regulador dos leitos psiquiátricos em hospital geral.

O modo de produção do cuidado no CAPS pode ser organizado de distintas formas, os dispositivos de atendimento no território, por meio das visitas domiciliares, apoio matricial para as equipes de saúde da família, acolhimento e atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas no CAPS, entre outras ações que são as mais usuais e estão previstas na portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, contudo, no dia-a-dia de trabalho os trabalhadores podem constituir um agir em saúde criativo, inventivo de novas práticas.

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto a presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas logicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo abri-lo em direções não pensadas (MERHY, 2013, p. 53).

O espaço de convivência podendo também ser chamado de ambiência, é exemplo de lugares abertos a novas experimentações ao mesmo tempo com grande potencial de produção de cuidado.

2.3 Cuidado oferecido pelo CAPS

O trabalho no CAPS é múltiplo e pode ser organizado de distintas formas, destaco brevemente alguns dispositivos do qual a saúde mental se utiliza para operacionalizar o cuidado.

2.3.1 Trabalho em equipe multiprofissional

O trabalho multiprofissional em equipe, devido as diferentes visões de trabalhadores com variadas formações, possibilitam ampliação do olhar sobre os problemas a serem enfrentados. Porém, as distintas lógicas de produção do trabalho podem operar sobre sua produção. Para isso encontrar um lugar de reflexão, de fala e escuta sobre o andamento da produção de cuidado, é de grande importância na construção de espaços relacionais.

Espaços de reunião de equipe, pode servir para organizar o trabalho, discutir casos, pensar e modificar formas de operacionalizar o cuidado diante das muitas possibilidades, firmar acordos coletivos sobre a maneira como o cuidado feito pela equipe, aprimorar as relações entre os trabalhadores da equipe.

Tudo isso envolvidos em distintas intencionalidade e disputas sobre sua lógicas e concepções, por parte das equipes de trabalho, gestão e os usuários.

2.3.2 Acolhimento

O Acolhimento é a porta de entrada do usuário no CAPS, se caracteriza por ser um espaço que por princípio deveria apostar em uma escuta qualificada, comprometida na identificação e proposição de respostas aos problemas trazidos pelos usuários. A diretriz de operacional é que funcione de “portas abertas”, como princípio garantia de acesso a todos e ao estabelecimento de vínculo com a equipe. Essa primeira escuta busca entender a natureza das necessidades dos usuários e procura respostas para sua resolução. A demanda de acolhimento pode chegar por meio de encaminhamentos de outros pontos da rede saúde, como o hospital geral, ou de forma espontânea.

Por meio desse dispositivo, é possível identificar o fluxo do serviço, auxiliando na maneira de melhor gerenciamento de seu processo de organização por parte da equipe.

2.3.3 Atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas no CAPS

São atividades em grupo que podem ser realizadas por qualquer núcleo profissional de saúde, as atividades podem ser planejadas por eles ou em conjunto com os usuários. Esse dispositivo vai ao encontro do projeto terapêutico singular de cada usuário.

Proporciona aos usuários, de acordo com seus interesses, espaço de encontro, trocas de saberes, possibilita interação, socialização, experimentação com outros usuários e a equipe.

A oferta de grupos e oficinas variam conforme a oferta dos serviços, podem ser realizadas dentro e fora da estrutura do CAPS, articular as atividades em locais públicos como praças e parques.

Os atendimentos em grupo ou as oficinas terapêuticas, tem o intuito de proporcionar aos usuários um espaço de protagonismo e cooperação, sendo um lugar de cuidado que vá ao encontro de seus desejos contribuindo para a reabilitação psicossocial de cada sujeito.

2.3.4 Projeto terapêutico singular

É um conjunto de propostas a serem seguidas pelos usuários, resultado de reuniões coletivas de uma equipe multiprofissional, levando em consideração as visões de distintos trabalhadores.

O plano é individual, por levar em conta as necessidades e singularidade de cada sujeito. Por isso é muito importante que essa proposta de ação seja planejada em conjunto com os usuários, dividindo com ele a responsabilidade pelo cuidado.

Para a efetivação do cuidado é primordial que as famílias e/ou responsáveis façam parte do processo. A elaboração conjunta do PTS com a pessoa e sua família proporciona que a pessoa possa obter informações sobre seu tratamento e emitir juízo crítico sobre si.

O plano terapêutico singular possibilita a participação do usuário na construção de sua autonomia e segurança na continuidade de seu tratamento, situando os usuários de que caminhos seguir.

O vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família podem auxiliar nessa construção. Essas ações podem ser reavaliadas e repensadas constantemente de acordo com a resposta dos usuários e avaliação da equipe.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois implica maior articulação da rede, reuniões que possam refletir sobre os casos, pensar ações a serem propostas, compartilhamento e coresponsabilização sobre os casos. Sendo uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado.

2.3.5 Visitas domiciliares

As visitas domiciliares podem se constituir em um importante dispositivo de cuidado para dar conta da integralidade do cuidado.

O dispositivo da visita domiciliar opera de forma a inverter a lógica de que as pessoas com suas necessidades de saúde vão aos serviços de saúde, para que os serviços se desloquem pelo território, em direção as pessoas que mais necessitam de cuidado, assim, identificando os problemas e melhorando integração dos serviços com a comunidade. Para isso a equipe precisa estipular um roteiro preliminar com as informações que se quer obter.

O instrumento da visita domiciliar, pode auxiliar na compressão do contexto onde está inserido cada indivíduo, identificar as condições de vida, ampliar a visão sobre o território existência dos sujeitos, compreender a dinâmica familiar. Contribuindo para desmistificar rótulos sobre a vida dos usuários.

Se destacam as iniciativas importantes como a dos agentes comunitários de saúde, que são trabalhadores das equipes de saúde da família.

2.3.6 Espaço de convivência

Os espaços de convivência escapam a estrutura do atendimento ambulatorial dentro de uma sala, é um espaço de circulação dos usuários e aberto as trocas entre os usuários e com a equipe.

Estar nesse lugar, se responsabilizando, promovendo encontros e propondo atividades, tem sido um desafio para os trabalhadores. Pois a maioria dos técnicos, não tiveram em sua formação, vivências de atividades que não sejam tão diretivas, da qual não tem um cronograma a ser seguido. Isso pode ser uma das hipóteses para explicar tantas dificuldades.

A convivência, por ser um espaço mais flexível de diálogo, é possível observar outras questões sobre os usuários, como suas histórias de vida, suas relações sociais, interesses e desejos, que muitas vezes não aparecem em consultas individuais ou no trabalho em grupo. É lugar de encontros e circulações, podendo ser um lugar aberto ao estabelecimento de vínculos, promotor de novas formas de cuidado e de vida para os usuários.

2.4 Desafios e perspectivas em disputa no campo saúde mental

Na perspectiva de prestar cuidado que se responsabilize com as necessidades dos usuários. A constante investida do setor privado na saúde pública, a precarização do trabalho em saúde se lançam como grandes desafios a serem enfrentados, para o fortalecimento dos serviços substitutivos a lógica manicomial. Exemplo disso é a fragilidade de vínculos institucionais dos trabalhadores, diminuindo a liberdade para poder executar as mudanças necessárias para tentar prestar assistência com maior responsabilidade.

Com vínculo de trabalho estável, o trabalhador tem mais segurança de expor suas opiniões, de colocar em análise as práticas, a qualidade prestada pelo serviço entre outros processos de equipe, sem a tensão de poder ser demitido a qualquer instante.

Na micropolítica dos serviços, algumas questões podem ser apontadas para pensar uma melhor qualidade no cuidado.

Pensando no cuidado em saúde mental, a articulação da rede é de suma importância. Se o CAPS se fechar em si mesmo, não pensar o cuidado fora do

CAPS pode acabar institucionalizando ou perdendo sua dimensão produtora de vida.

É necessário que o cuidado não seja centrado exclusivamente no CAPS, deve ser integrado com os diferentes dispositivos da rede. Para maior efetivação do cuidado, a rede deve apresentar variadas ofertas de cuidado no território onde residem os usuários. Não esquecendo que os sujeitos vão construindo suas próprias redes em diferentes territórios de conexões.

Sobre articular o cuidado em saúde mental no território, há algumas alternativas como realizar o apoio matricial às equipes de saúde da família, oferecer suporte técnico na condução de certos problemas de saúde, ampliar o vínculo dos usuários aos serviços, troca de informações sobre os usuários, nesse contato, facilitando a comunicação entre o CAPS e as equipes de saúde da família. Outra alternativa pode ser a de incluir a terapia comunitária como dispositivo de cuidado no território.

Ações como essas, podem ser de grande importância para qualificar o cuidado praticado pelas equipes de saúde da família, aumentando a capacidade das equipes de acolher, acompanhar e prestar um cuidado mais resolutiva frente as demandas dos usuários, diminuindo os encaminhamentos aos serviços especializados como o CAPS.

Outro grande nó, diz respeito ao cuidado compartilhado entre os serviços da rede. Em relação ao compartilhamento de casos entre os distintos tipos de CAPS, CAPS AD, CAPS II, CAPS III, CAPS I, surgem questões importantes para se pensar.

No caso de usuários com grave sofrimento psíquico e também usuário de drogas, por exemplo, aparecem muitos ruídos, as variadas visões do papel de uma intervenção, dificuldade de diálogo e a competição entre as equipes, aparecem como obstáculos a serem vencidos para uma atuação em conjunto no intuito de solucionar os problemas dos usuários.

Muitas vezes as equipes “dividem o usuário ao meio”, de forma que os CAPS AD só cuidam de usuários de drogas ou que os CAPS II, III cuidam somente de casos de sofrimento psíquico grave, “passando a batata quente” que

“não é sua” para outros serviços, dessa maneira, as necessidades dos usuários não são colocadas em primeiro plano, de forma que os usuários devem se enquadrar na lógica colocada pelos serviços, com isso operando contra a lógica de cuidado usuário centrada.

Problemas como esses podem ocorrer quando não está estabelecido um fluxo entre as equipes, principalmente se o fluxo não é pactuado entre elas. Assim como em uma mesma equipe, entre mais de uma equipe, é necessário que haja espaços coletivos de diálogo para colocar o que se pensa, e definir como serão planejadas, realizadas e avaliadas as ações. Pois quando o que se pensa não é dito, abre margem para focos que em nada favorece a comunicação entre as equipes e consequente responsabilização do cuidado compartilhado.

Colocar as distintas equipes empenhadas no cuidado frente a frente, para desenhar em conjunto as linhas de cuidado, pode ser uma possibilidade de diminuir os ruídos e aumentar comunicação.

Assumir a responsabilidade dos casos mais complexos pode ensinar muito sobre o cuidado. Para isso, é fundamental que as equipes se articulem tomando para si essa tarefa.

3 Relato de algumas situações vivenciadas

Na minha experiência vivida nos CAPS optei em alguns momentos, por ocupar o papel de observador, em outros fiz algumas intervenções como equipe junto com os trabalhadores. Uma de minhas intervenções foi pensar e relatar o que estava assistindo e posteriormente trazer minhas impressões de alguns fatos nas reuniões de equipe. Em umas das equipes fui acompanhando o processo, de como aquela equipe ia refletindo, resistindo, discutindo, discordando e as vezes modificando algumas ações, criando uma maneira própria de realizar o cuidado, e em meio a isso, se inventando como equipe, estabelecendo um vínculo mais estreito e maior relação de confiança entre os trabalhadores.

O CAPS é um serviço de saúde mental que se utiliza da estrutura de uma casa. Em um dos CAPS que trabalhei, a casa era grande. Possuía um portão alto na frente o terreno era fechado por muros nos lados. Na parte da frente da casa havia um pátio grande. Próximo ao portão de entrada ficam bancos utilizados por muitos usuários que tem o habito de fumar. Ao lado da casa há um corredor que liga o pátio aos fundos onde fica a garagem. Geralmente, o pátio e a garagem são os espaços do qual a equipe chama de espaço de convivência.

Entrando na casa nos deparamos com a recepção. Há uma mesa onde o técnico administrativo fornece informações aos que chegam. Ao lado da mesa do técnico administrativo se situa uma pequena sala de espera com sofá e também uma televisão.

Esse CAPS em específico é do tipo III e funciona 24 horas todos os dias, conta com uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, professor de educação física, técnico administrativo, psicólogos, psiquiatras, oficineiro, auxiliar de limpeza e segurança patrimonial. A equipe presta assistência a casos de sofrimento psíquico grave e possui cinco leitos nos casos que necessitam de atenção contínua.

O CAPS funciona com portas abertas, nessa equipe os trabalhadores eram divididos nos espaços de convivência, medicação, avaliação psiquiátrica, acolhimento, espaços individuais de conversa, grupos diversos. Algumas

funções eram exercidas por determinados trabalhadores, por exemplo, só os técnicos de enfermagem e enfermeiros tinham acesso as medicações para os usuários, outros espaços como os grupos, acolhimentos, era exercida pelos outros trabalhadores.

Pude observar que os CAPS acabam oferecendo aos sujeitos um lugar em que podem compartilhar com outras pessoas suas angústias, dores, aflições e ansiedades, acolhendo e escutando esse sofrimento, propondo ações como plano terapêutico singular, que todos usuários deveriam ter.

E também que o cuidado ofertado, muitas vezes, acaba por centralizar várias funções que deveria ser de responsabilidade de toda a rede de saúde, mas que o CAPS acaba tomando para si, tornado difícil a desvinculação dos sujeitos nos momentos posteriores aos episódios de crise dos sujeitos.

3.1 Acolhimento em dupla

Uma das experiências em que pude aprender bastante, foi realizar acolhimento em conjunto com a enfermeira do CAPS.

Já havia instituído um material pronto indicando quais questões seriam interessantes a se descobrir para entender a situação de vida do usuário recém-chegado ao serviço, na intenção ter mais informações para poder propor alguma intervenção.

Antes de iniciarmos o acolhimento em conjunto, conversamos sobre o que era entendido do espaço do acolhimento, qual ideia ela tinha desse espaço e também pensar, num primeiro momento como eu iria me posicionar nos atendimentos, visto que nesse primeiro momento não sabia de que maneira era feito esse cuidado pela enfermeira.

E nos momentos que aconteciam os acolhimentos pude perceber como ocorria essa dinâmica e à medida que íamos realizando o cuidado em conjunto fomos conversando sobre os casos. Nem sempre concordávamos ou tínhamos as mesmas ideias de como deveria ser a continuidade de cuidado, as vezes pedíamos auxílio de uma terceira opinião, por vezes levando determinados casos para se discutir na reunião de equipe.

Algo que foi também interessante se ateve ao fato que, muitas vezes, fazíamos juntos as evoluções no sistema eletrônico dos casos acolhidos, pois exercitávamos colocar no “papel” a descrição dos casos de forma a ser entendido e utilizado pelo resto da equipe.

Fazer acolhimento me possibilitou ter uma ideia maior do fluxo desse serviço, entender de onde vinham os encaminhamentos, de que serviços, ou no caso de acolhimentos espontâneos, saber como chegaram ao CAPS, mas também, estabelecer uma relação de maior confiança com a enfermeira, e a medida em que íamos trabalhando, pensar o trabalho de forma mais criativa, na intenção de prestar atendimento com maior qualidade para os usuários.

3.2 Joana chega ao CAPS

Em mais um dia de trabalho no CAPS, estava com tempo reservado para fazer acolhimento em conjunto com a enfermeira. Estávamos na recepção de frente para a porta de entrada. Naquele momento não estávamos em atendimento. A enfermeira e eu observamos a chegada ao CAPS de Joana, sua irmã e sua mãe. Ainda no pátio, Joana falava aos berros diversas frases, ora xingando sua irmã de tudo quanto é adjetivos que a irmã parecia não gostar, ora dizendo que queria saber onde estava seus filhos, que lhe foram tirados e os queria de volta. No instante seguinte ela tentou agredir a irmã, sua mãe tentava segura-la. Até então eu não conhecia joana. Com tamanho barulho, outras duas pessoas da equipe, que estavam outras salas de atendimento, perceberam a confusão e se juntaram a nós dois. No entorno, outros usuários do CAPS que estavam no pátio começaram a se aproximar da cena observando mais de perto o que acontecia. No desenrolar daquela situação, nós não combinamos muito bem nossa intervenção enquanto equipe, e nos dirigimos em direção de Joana. Resolvemos tirar a irmã e a mãe da proximidade de Joana. Enquanto ela era atendida pelas outras duas pessoas da equipe, a enfermeira e eu conversamos com a mãe e a irmã em separado. Depois de nos situar um pouco mais sobre o caso, pensamos e sugerimos que Joana passasse a tarde no CAPS para que a equipe pudesse avalia-la. Com isso poderíamos discutir o caso em reunião de equipe, haveria na troca de turno uma reunião. Saímos da sala para conversar com Joana sobre a possibilidade de ela permanecer a tarde no serviço. Joana

ainda estava acompanhada e estava mais calma. Num primeiro momento concordou em ficar. A escolha da equipe foi acompanhá-la, fazendo um “grude” e de não medicá-la nem contê-la fisicamente. Depois de transcorrido um período de tempo, Joana começou a ficar inquieta e resolveu ir embora. Como o portão do CAPS estava trancado, ela pulou o muro que dá para o pátio da vizinha. Quando a vizinha percebeu que havia alguém no seu pátio, já estávamos na frente de sua casa. Ela abriu o portão, e entramos os quatro, Joana foi conduzida para fora do pátio da vizinha, na saída ela se desvencilhou da equipe, correu pela rua, dobrou a esquina e adentrou em um ônibus.

Enfim, depois do ocorrido, no espaço de reunião de equipe, essa situação se desdobrou em um processo de reflexão sobre a prática realizada. A equipe se questionou sobre a maneira que foi conduzido o caso, discutimos entre outros aspectos, o que deveria ter sido feito na situação, se deveria ser feita a contenção física, se tivéssemos que fazer qual seria o momento, se demoramos muito para realizar a contenção física, a maneira que deveríamos fazer a contenção física entre outras questões que equipe avaliava da situação. Outro desdobramento foi que decidimos e fizemos, em outra reunião, um espaço de educação permanente sobre manejo a crise.

Com essa complexa trama de relações existem situações que ocorrem no cotidiano de trabalho que possibilita que a equipe converse sobre o entendimento coletivo do que deve ser feito, não necessariamente “a coisa certa” a se fazer, pois muitas vezes não está em questão o “certo ou o errado” a se fazer, pois existiram decisões que são tomadas rapidamente sem muito tempo para avaliar.

Todo esse processo de discussão, reflexão e mudanças no modo de operar o cuidado, no intuito de aprimorar o cuidado em equipe, inventando formas que sejam adequadas aquela equipe específica composta por aqueles trabalhadores com experiências diversas, as vezes conflitantes nos jeitos e formas como se opera o cuidado, me foi de grande aprendizado, imagino que o aprendizado também tenha sido coletivo, pois buscamos pensar e repensar a prática e entrelaçar-se enquanto equipe atuando, criando processos que produz sentido para essa equipe.

3.3 Atravessamentos de gestão que influenciam no processo de trabalho

Em um momento posterior, ocorreu um atravessamento de gestão que foi de encontro a possibilidade de gerenciar o serviço como a anteriormente citada. Em uma reunião de equipe foi anunciada uma mudança no andamento do processo de trabalho. A partir daquele dia seria implementado o acolhimento coletivo, divisão da equipe em micro equipes por território, então cada micro equipe de trabalhadores seria responsável por pensar e atender os casos vindos de um determinado número de bairros, junto a isso, seria criado um grupo para atender essas pessoas que residiam na área que compreende os bairros de cada micro equipe. Conforme Cecilio (2007, p. 597), “Quem faz gestão deseja, quase sempre, que os trabalhadores produzam o que está planejado para ser produzido”, assim desconsiderando o que o trabalho vivo em ato se produz no cotidiano dos serviços. Essa mudança, grande, na organização interna do trabalho me surpreendeu bastante, principalmente pela complexidade das mudanças, a não familiarização da equipe com essa proposta e a pouco diálogo e entendimento de uma mudança que iria iniciar no outro dia, evidenciando que essa proposta, aparentemente inovadora, boa ou mesmo interessante, era alheia ao todo da equipe e muito diferente a outras ocasiões de decisão e reorganização do processo de trabalho a qual havia presenciado nessa equipe.

Na sequência dos dias percebi uma dificuldade de se fazer o que havia sido dito em reunião.

Essa nova forma de organização, não foi exclusiva do CAPS em questão, em outros CAPS da cidade ocorreram mudanças parecidas.

A partir de uma experiência em que os trabalhadores dessa cidade da região metropolitana de Porto Alegre vivenciaram e conheceram, durante um mês, na cidade de Santo André no estado de São Paulo a rede de saúde, em especial os serviços de saúde mental, e através do relato dos trabalhadores da equipe que lá estiveram, acabamos por descobrir que essas mudanças na gestão interna se assemelham muito com a implementada no município. Podendo ser interpretada como transposição direta da maneira de se organizar internamente.

A norma pode estar escrita como em um protocolo ou, simplesmente, se expressar como lógica que atravessa as relações de trabalho. Como o processo de trabalho em saúde é dependente do trabalho vivo em ato, caracteriza-se como auto governável, inferimos que a microgestão é um espaço onde os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e de seu processo de trabalho, compondo práticas autogestionárias do trabalho em saúde ou, por outro lado, sofrendo processos de captura por normativas instituídas sobre seu processo de trabalho. (FRANCO, 2007, p. 435)

Entendi essa mudança brusca na gestão interna desse serviço, em certa medida, como uma captura a subjetividade do trabalhador. Instaurar processos que não foram uma construção dos trabalhadores e da equipe, pode acabar por dividir o trabalho em trabalho intelectual e trabalho manual, dificultando que o cuidado seja feito com autoria e criatividade.

Por estes e entre outros atravessamentos institucionais se faz necessário pensar a respeito do cuidado no CAPS junto com todas as disputas e tensões que acabam sendo refletidas no cuidado aos usuários, interrompe um processo que é da própria equipe produzir seu próprio trabalho.

3.4 Idas e vindas no território

Uma das atividades que estabeleci com a equipe, foi de acompanhar, quando possível, as idas e vindas pelo território, através das visitas domiciliares.

Nesse município, a prefeitura contrata uma empresa que opera como táxi, nos levando e trazendo onde é necessário ir. Porém um aspecto importante a se destacar, é de que o carro usado no nosso transporte é de cor verde escuro, não possui nenhuma identificação visual que indique que fazemos parte da equipe do CAPS, muito menos que fazemos parte de um serviço de saúde.

O território de abrangência desse CAPS é muito vasto e cobre muitos bairros pobres, zonas de tráfico de drogas e com muita vulnerabilidade social.

Pude observar nas visitas, algumas dificuldades como, difícil acesso, ruas que não possuem indicações de nomes, ruas mais conhecidas por nomes informais, ruas em que os números das casas não seguem uma ordem contínua, e endereços que não existem no mapa formal da cidade.

Em uma dessas saídas, estávamos em dois, o técnico de enfermagem identificado apenas pelo seu crachá e eu sem nenhuma identificação visual. Nesse dia estava chovendo muito e nós dois estávamos vestidos com casaco de couro preto.

Visitamos dois domicílios, na primeira visita, não sabíamos muito bem onde se situava a moradia. Chegamos próximo a um bar para pedir informação, onde haviam algumas pessoas abrigadas da chuva. Quando baixamos o vidro do carro, um homem se movimentou bruscamente em nossa direção, pedimos informação e seguimos caminho. Achei a situação um tanto inusitada, porém não dei muita importância a esse fato.

No endereço fornecido haviam uma casa com um pátio grande situada na entrada de um beco estreito, procurávamos por um senhor, do qual ainda não conhecíamos, chamado Antônio. Não encontrando a numeração correta, batemos palmas nessa casa que não havia numeração. Naquela chuva vieram em nossa direção, dois homens, nos identificamos dizendo que éramos de um serviço de saúde chamado CAPS, perguntamos se o endereço procurado era aquele e depois se eles conheciam Antônio, um deles disse que ali não se situava o número que procurávamos, mas que havia um Antônio que residia logo na entrada do beco, e sugeriu que poderíamos estacionar a “viatura” e ir caminhando. Naquele momento me dei por conta que parecíamos, mesmo, dois policiais, e que poderíamos nos colocar em situação de risco, batemos umas palmas na proximidade do número indicado e fomos embora.

Na segunda visita, encontramos o endereço com facilidade. Batemos palmas na frente da casa, logo em seguida apareceu na janela um senhor, que sem mesmo nos fazer nenhuma pergunta, nos fala que já esteve preso e que não devia mais nada para a polícia. Realizamos o atendimento e voltamos para o CAPS.

O contexto do qual nos encontrávamos, um dia muito chuvoso, devido a péssimas condições de se sair de casa, pode-se imaginar que com tamanha “tormenta”, seria o dia ideal para se encontrar ou se pegar alguém de surpresa, aliado à nossa aparência física, a não familiaridade com o território e as pessoas

que habitam aquele território, possa ter sido esses os motivos de tamanho estranhamento a nossa presença.

Essa situação vivida, me levou a pensar que a subjetividade dessas pessoas, imprimida no significado por elas atribuído a tudo que envolveu essas cenas, influenciaram, e em um dos casos, inviabilizaram o cuidado, cuidado esse, que se propunha a ir em direção aos usuários que necessitam de assistência, e nesses movimentos realizar o cuidado desinstitucionalizado.

3.5 Crise para entrar e crise para sair

O CAPS não acolhe somente ao sofrimento psíquico de forma que muitos usuários constroem suas vidas dentro do CAPS ou veem no CAPS um lugar que acolhe a loucura e oferece uma convivência aos usuários se reconhecem uns nos outros, o que muitas vezes, não encontram na vida cotidiana nos lugares onde moram. O CAPS, na sua diretriz, serviço que trabalha para que o cuidado seja em liberdade e que a loucura possa ser vista não como uma doença a ser combatida e sim como um momento em que os sujeitos necessitam de cuidados especializados, podendo acontecer com qualquer pessoa dependendo das situações em que as pessoas vivem, passam, pois, a loucura está na vida.

Alguns casos de usuários que não estão no momento em crise a ponto da equipe avaliar que deveriam ser “descentralizados”, estabelecer a sua desvinculação dos serviços e articular o cuidado com outros pontos da rede, por já não mais precisarem do cuidado oferecido no CAPS e por terem condições de ir construindo outros projetos de vida para fora do CAPS, porém no momento que é proposto, a desvinculação do CAPS para os usuários, se inicia um processo de crise, mesmo quando isso é dito desde sua entrada no serviço, que o CAPS é um lugar de passagem, que irão permanecer o tempo necessário para reorganizar suas vidas até chegar o momento que não é mais preciso frequentar o CAPS. Com isso, em certa medida, os sujeitos acabam se aprisionando CAPS, isso quando os CAPS não funcionam como ambulatorios ou mini manicômios, indo de encontro com a proposta do cuidado em liberdade.

Fiquei pensando no motivo desse movimento ocorrer com muita frequência.

Me pareceu que, em certa medida, isso ocorre numa tentativa dos usuários de justificar sua permanência no serviço. Outras hipóteses para a difícil desvinculação, seria de que os vínculos afetivos importantes já estabelecidos na vida do sujeito se perderiam, pois, os encontros nos CAPS trazem pessoas para a vida do usuário que com sua descentralização se perderiam, o imaginário de que com a saída do CAPS significaria a perda do benefício, não segurança de caminhar com suas próprias pernas, depois de encontrar uma equipe que, muitas vezes, acolhe, escuta a loucura, diferentemente do entendimento de ampla maioria da sociedade, o grande número de atividades, como grupos, oficinas terapêuticas, voltadas ao cuidado dentro dos CAPS. Com isso, muitos usuários não veem em outros lugares nas suas vidas para concretizarem seus projetos de vida. Essas, entre outras, pistas são levantadas para explicar o porquê da tão penosa tarefa de estabelecer outros vínculos na vida dos usuários dos CAPS, significando uma certa institucionalização dos sujeitos na “clausura” dos CAPS.

Para pensar essa lógica em que o sujeito fica “aprisionado” no CAPS, de forma que os usuários não conseguem enxergar possibilidades outras de produção de vida em diferentes lugares para além do CAPS, faço a comparação com um navio dentro de garrafa, os usuários muitas vezes como os navios que adentram nas garrafas e de lá dificilmente saem.

Quando observei a imagem do navio dentro da garrafa, num primeiro momento, pensei que não sabia como que foi colocado o navio dentro da garrafa, muito menos como faria para tira-lo de lá, caso fosse minha vontade. A partir daí, fui procurar saber como que é colocado o navio dentro da garrafa.

Uma das respostas que encontrei, foi de que o navio já está por inteiro fora da garrafa, mas para colocá-lo dentro da garrafa é preciso amarrar cordas no mastro do barco e ir puxa-la a ponto dos mastros se deitarem totalmente sobre o casco do barco para poder passar pelo gargalo da garrafa.

Como indicado no site veleiros na garrafa³, colocar navios, barcos em miniatura, dentro das garrafas, reside nas histórias de antigos marinheiros que em suas longas viagens, pela Europa, Estados Unidos e Ásia, preenchem o seu

³ <http://veleironagarrafa.blogspot.com.br/2010/01/por-que-barcos-na-garrafa.html>

tempo produzindo peças para presentear, parentes e amigos, usado para pagamentos de dívidas em portos, alojamento e bares, e nessa atividade criativa, se tornando, para muitos, uma atividade prazerosa e/ou até viciante.

O navio dentro da garrafa é usado como obra de arte decorativa, não devendo sair do interior do recipiente.

A operacionalização do cuidado em atividades voltadas para dentro dos CAPS, em determinado grau, acaba ilhando os usuários, essa ilha acaba por abrigar os usuários das tempestades do mundo fora do CAPS, diferente do navio como peça de decoração, é necessário que os usuários quebrem essa garrafa que limita a sua visão de agir no mundo, pois a vida fora do CAPS disponibiliza infinitos espaços de cuidado, lazer, esporte, cultura, entre outros, do qual os usuários, se tiverem acesso, poderão ser de grande potência na construção do autogoverno da vida dos usuários.

Essa grande dificuldade de articular o cuidado para fora dos CAPS pode servir de analisador das práticas de cuidado realizadas nos CAPS.

Para a consolidação da reforma psiquiátrica, desinstitucionalização da loucura, é necessário que os CAPS articulem o cuidado em rede, no território, voltar suas atividades para fora do CAPS, realizar o cuidado em liberdade na construção de autonomia dos usuários.

Os espaços associação de usuários, assembleia dos CAPS, criação de espaços de reunião entre trabalhadores, usuários e familiares, podem ser uma alternativa para se discutir e pensar junto com os usuários de cuidado que envolva construir a vida fora dos CAPS. Esse processo pode ser impulsionador para pensar sobre o trabalho de articular o cuidado com outros dispositivos fora do CAPS e ir em busca do que a rede oferece para os usuários dos CAPS.

Ao romper a garrafa abre-se o mundo, um mar tão diverso, com águas profundas, mais rasas, agitadas com grandes perigos e também prazeres diversos, quebrar essa lógica de funcionamento dos CAPS que aprisiona o sujeito, pode-se evitar que se continue a colocar os usuários dentro das garrafas muitas vezes deixadas à deriva no mar de gente no Caps.

4 Considerações finais

Durante esses dois anos na residência, na convivência com os trabalhadores e usuário, aprendi muito sobre o cuidado em saúde. Pude observar, entender e intervir como trabalhador de saúde mental, colocar minha posições e impressões sobre o cuidado no andamento do trabalho.

Nesse caminho pude compartilhar com os trabalhadores, espaços de cuidado no cotidiano da equipe, festas comemorativas, espaços de cuidado para os trabalhadores, saídas pelo território, visitas a outros serviços, outros municípios. Tive também momentos de reflexão sobre a ação, dado em momentos de disputas envoltos por tensão, divergências.

E nesse andar, experienciando maneiras de fazer saúde, desde as mais tradicionais como atendimento dentro das salas, ao cuidado do qual não tinha ideia do que seria, como o grupo, do qual fiz parte, intitulado projeto de vida, do qual tentávamos articular as necessidades colocadas no grupo com o território, nos deixando ser guiados pelo que os próprios traziam de possibilidades de inserção.

Pude observar que as mudanças no processo de trabalho que foram mais significativas e mexeram no modo de operacionalização do cuidado das equipes, foram aquelas que perpassaram por formas mais coletivas e horizontais de decisão, envolvendo grande parte da equipe no processo de discussão e implementação.

Para a efetivação de um cuidado mais relacional com centralidade nas necessidades dos usuários e de responsabilidade, é importante estabelecer vínculos mais estáveis trabalho, pois a garantia de certa estabilidade garante que o trabalhador possa expor suas opiniões, divergências sem o medo de ser demitido a qualquer momento.

Assim como, a necessária invenção de novos dispositivos de cuidado que tenham íntima ligação com o território e a população atendida pelos serviços, para assim produzir outros jeitos de se fazer saúde.

A descentralização do cuidado praticado no CAPS, pode ser um ponto importante para aproximar os serviços e saúde ao território existencial dos

usuários, redes criadas pelos próprios usuários, auxiliando a romper com o modelo de cuidado centrado nas normas e procedimentos, e priorizar o cuidado relacional, produzido no encontro com o outro, entre os próprios usuários ou com a equipe. Dessa forma gerando grandes transformações no modo como o sujeito entende e se vê no processo de seu próprio cuidado, potencializando seu protagonismo construindo autonomia.

O Cuidado no território é essencial para a qualidade do cuidado, que atendendo as necessidades dos usuários, pois dividir e tecer o cuidado com o restante da rede, pode contribuir para a desinstitucionalização dos usuários nos CAPS, assim produzindo maior autonomia, liberdade e um cuidado mais humanizado na defesa da vida dos sujeitos.

5 Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONTE, M.et al. **Redução de Danos e Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Básica**. Boletim de Saúde, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2004.

CECILIO, L. C. O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. Interface comunicação saúde educação. Rio de Janeiro v.15, n.37, p.597-99, abr./jun. 2011.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento**. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ESCOREL, S. **Equidade em saúde**. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

FERREIRA, Luiz Alberto do Santos. **O trabalho da educação física na composição de equipe especializada em álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FEUERWERKER, C.M.L. **Micropolítica em saúde: Produção do cuidado, Gestão e Formação**/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. – (Coleção Micropolítica e Cuidado em Saúde)

FRANCO, T.B, ANDRADE, C.S, FERREIRA, V.S.C. **Acolhimento: Uma experiência de Pesquisa-ação na Mudança do Processo de Trabalho em Saúde**, In: Franco, T.B, Andrade, C.S. Ferreira, V.S.C. (Org). **A produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia de saúde da família** – São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T.B, MERHY, E.E, ANDRADE, C.S, FERREIRA. V.S.C. **A produção subjetiva da estratégia de saúde da família.** In; FRANCO, T.B, ANDRADE, C.S, FERREIRA. V.S.C. (Org). **A produção subjetiva do cuidado:** cartografias da estratégia de saúde da família. – São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T.B, MERHY, E.E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado.** In: FRANCO, T.B, MERHY, E.E. (Org). **Trabalho, produção e subjetividade do cuidado produção Subjetiva do Cuidado:** Textos reunidos – São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil.** Interface comunicação saúde educação. Rio de Janeiro v.11, n.23, p.427-38, set./dez. 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.

MATTA, G. C. **Universalidade.** In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato.** In: FRANCO, T.B, MERHY, E.E. (Org). **Trabalho, produção e subjetividade do cuidado produção Subjetiva do Cuidado:** Textos reunidos – São Paulo: Hucitec, 2013

PALOMBINI, A. de L. **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública:** a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde.** In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2001.