



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**O CAPS E O TERRITÓRIO: A CONSTRUÇÃO DE REDES PARA O
CUIDADO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS III**

PATRICIA VIEIRA DE MATOS

RIO DE JANEIRO

2019

PATRICIA VIEIRA DE MATOS

**O CAPS E O TERRITÓRIO: A CONSTRUÇÃO DE REDES PARA O
CUIDADO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS III**

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial - MEPPSO do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Ana Cristina Costa de Figueiredo

CIP - Catalogação na Publicação

M425c Matos, Patricia Vieira de O CAPS e o território:
A construção de redes para o cuidado a partir da
implantação de um CAPS III / Patricia Vieira de
Matos. -- Rio de Janeiro, 2019.
186 f.

Orientadora: Ana Cristina Costa de Figueiredo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2019.

1. Serviço de Saúde Mental. 2. Comunidade. 3.
Saúde Mental. 4. Modelos de Assistência à Saúde. 5.
Redes Locais. I. Figueiredo, Ana Cristina Costa de,
orient. II. Título.

PATRICIA VIEIRA DE MATOS

**O CAPS E O TERRITÓRIO - A CONSTRUÇÃO DE REDES PARA O
CUIDADO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS III**

BANCA EXAMINADORA

nolectura Figueiredo

Orientador - Prof. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo - IPUB / UFRJ

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado – IPUB / UFRJ

Dra. Moema Belloni Schmidt

Dra. Moema Belloni Schmidt – Ministério Público - RJ

Aprovada em:

*Me guiaram os livros que li,
Os amigos que ouvi e os
momentos que vivi em
meio a tudo e a todos,
em meio ao Complexo...*

(própria autoria)

Dedico este trabalho a minha família.

AGRADECIMENTOS

Concluir um trabalho de mestrado não é tarefa fácil. Exige muito esforço pessoal e disponibilidade de muitas pessoas. Sem elas não seria possível! Agradeço a todos que fizeram parte desse trabalho.

Primeiramente aos meus pais. Vera Lúcia Vieira de Matos e Cosme de Matos, que me impulsionaram sempre para o estudo e que nunca deixaram a peteca cair nos momentos de grandes dificuldades. E a meu irmão, Vinícius Vieira de Matos, sempre presente nas horas difíceis.

Ao meu filho tão querido, paciente para com a minha falta de tempo e meus destemperos diante dessa tarefa, e guerreiro, que superou os muitos obstáculos durante esse período, que com suas palavras de força, me ajudaram a concluir.

Ao meu esposo, companheiro, amigo, que esteve ao meu lado garantindo a conclusão desse trabalho, me ajudando nos detalhes e a cuidar de tudo na minha ausência.

Aos usuários e toda equipe do CAPS III João Ferreira, em especial as minhas queridas amigas Andrea Farnetanne e Giselle Noronha, que bravamente coordenaram e administraram a implantação do CAPS ao meu lado. Sem vocês, essa tarefa teria sido muito mais difícil. A todos os amigos tão queridos que fiz nesse período, parceiros fundamentais para essa tarefa.

À Ana Adler e a Cláudia de Paula, que estiveram comigo no início me ajudando na elaboração do projeto.

Ao amigo querido Wagner Erlange e profissional do CAPS, por participar ativamente do registro dessa experiência, com suas narrativas sobre o trabalho, sempre muito aguerrido da clínica e disponível a estar comigo em todas as horas, me apoiando e atualizando os principais pontos do trabalho de implantação do CAPS e me incentivando para a escrita. Te agradeço por demais!

À direção do CAPS, Márcia Bezerra, que concordou com a pesquisa e me ajudou a recuperar os elementos dos casos clínicos através de longas conversas aos finais de semana.

À Sarah Fonseca, por sua imensa disponibilidade para me ajudar a organizar cada pensamento, pelas discussões sobre as práticas em rede e pelas trocas no cotidiano duro da gestão. Sua contribuição foi fundamental para este trabalho. Como se diz na sua terrinha: “Oh menina arretada da peste!”

À toda equipe da Superintendência de Saúde Mental. Aos que já não mais estão e que foram fundamentais para esse trabalho, Christiane Sampaio, Catarina Dahy e Moema Schmidt (atualmente estão em outros pontos da rede), que me impulsionaram e viabilizaram a entrada nesse desafio. Aos que permanecem e que viveram comigo toda a tensão envolvida na conclusão do mestrado, me apoiando e ajudando a elaborar as ideias, os conceitos, os dados e a repensar as práticas.

Em especial, a Hugo Fagundes, meu chefe querido, sempre a postos para ajudar e orientar nossos passos. O meu muito obrigado pela sua direção de trabalho e aposta na construção de uma rede comunitária para o cuidado em saúde mental.

À Ana Cristina figueiredo, por suas orientações e discussões ricas e potentes sobre a clínica e o trabalho em rede e, pela imensa tolerância com os muitos percalços ao longo desse trabalho e paciência com meus atrasos. Muito obrigada pelo carinho.

À Moema Schmidt e a Pedro Gabriel Delgado, pela gentileza de aceitarem fazer parte da minha banca. Estou muito lisonjeada por isso.

Por fim, aos parceiros da rede do município do Rio, que direta ou indiretamente participaram da construção desse trabalho. O meu muito obrigado a todos.

RESUMO

O CAPS III é o eixo central desta pesquisa, que está baseada na concepção de que este dispositivo é uma proposta estratégica para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem na construção de uma rede substitutiva de dispositivos comunitários de saúde mental, um dos seus objetivos principais. Mais do que a substituição de hospitais psiquiátricos por novos serviços, a proposta da Reforma Psiquiátrica consiste em uma mudança da lógica assistencial, nos modos de tratar o louco e, portanto, na mudança do estatuto da loucura na sociedade brasileira. Nesta perspectiva, os novos serviços como os CAPS, com sua capacidade de comunicação com o território e com sua articulação constante com demais setores da sociedade, é o principal dispositivo para esta nova lógica, e passaram a ter função central no processo de reinserção social das pessoas com transtorno mental, devendo articular redes potentes no território de modo a promover acesso e garantir a integração e articulação de diversos setores para a continuidade do cuidado e acolhimento a crise no território. Esta pesquisa descreve a construção de redes locais para o cuidado na comunidade a partir da implantação de um CAPS III da cidade do Rio de Janeiro e traz contribuições para a qualificação do cuidado, atenção à crise e reorientação do modelo assistencial para a saúde mental, com ênfase na continuidade e no compartilhamento do cuidado, como eixos que imprimem qualidade a assistência. É um estudo de cunho descritivo com apresentação de dois casos acompanhados pelo CAPS. Os resultados encontrados demonstram que o CAPS III faz diferença na rede em relação aos objetivos da reforma, por sua organização com funcionamento 24 horas e os arranjos institucionais, como o apoio matricial junto à Estratégia de Saúde da Família, articulações intersetoriais, construção de redes formais e informais para o cuidado, proximidade com o território, bem como a porta aberta para o acolhimento diurno e noturno, mostrando-se como caminho estratégico para o cuidado as crises no território, prescindindo da internação e do hospital psiquiátrico.

Descritores: Serviços de Saúde Mental. Comunidade. Saúde Mental. Modelos de Assistência à Saúde. Redes Locais.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centre III (Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III) is the central axis of this research which is based on the notion that this dispositive is a strategic proposal of the Brazilian Psychiatric Reform that has between its main goals the construction of a substitutive network of mental health communitarian dispositives. More than the substitution of the psychiatric hospitals for new mental health services, the Brazilian Psychiatric Reform proposal comprehend an alteration of the logic of assistance, and in the ways of treating the “insane” and therefore an alteration in what constitutes what is the insane in the Brazilian society. From this perspective, new services like CAPS III, with their capacity of communication with the territory and their constant articulation with other sectors of society, are the main dispositive for this new logic, and they came to have a central role in the social inclusion process of people with mental health disorders for they should articulate powerful networks in the territory to promote access and ensure integration and articulation of many sectors for continuous care and managing crisis situations in the territory. This research describes the construction of local networks for community care based on the implementation of a CAPS III in the city of Rio de Janeiro, intend to contribute to the qualification of care, of crisis management and to the reorientation of the model for mental health care with emphasis on the continuous and shared of assistance and care as axes that bring quality to assistance. This is a descriptive study, with the presentation of two cases that were assisted by the CAPS. It shows that the CAPS III made a difference to that territory network, taking in account the Reform objectives, because of its 24 hours care, the use of matrix support strategy to the Family Health Strategy teams, intersectoral articulations, construction of formal and informal care networks, territorial proximity, as well as open access to day and night user embracement, revealing to be a strategic way to provide assistance to mental health crisis in the territory, and prescinding from psychiatric internment and psychiatric hospitals.

Descriptors: Mental Health services. Community. Mental Health. Health Care Models. Local Networks.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de leitos psiquiátricos (municipais e privados) no município do Rio de Janeiro por ano (2005 a 2018)	46
Gráfico 2 - Implantação e taxa de cobertura populacional de CAPS no município do Rio de Janeiro.....	48
Gráfico 3 - Internações Hospitalares (SUS), tipo de AIH de Longa Permanência em Psiquiatria - Período: JAN/2008 a SET/2018.....	49
Gráfico 4 - Estimativa em % de cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de 2008 a 2017.....	50
Gráfico 5 - Número de Serviços Residenciais Terapêuticos no município do Rio de Janeiro de 1998 a 2018.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP), Institutos e CAPS.....	45
Figura 2 - Mapa da cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP).....	47
Figura 3 - Rede de Saúde da AP 3.1.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participação Relativa do CAPS III no Total de CAPS no Brasil (2006 -14)	43
Tabela 2 - Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e número de recursos no município do Rio de Janeiro.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro de profissionais do CAPS III João Ferreira.....	78
-------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AP - Área Programática
APS - Atenção Primária à Saúde
AT - Acompanhante Terapêutico
BOPE - Batalhão de Operações Especiais (PM)
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS Ad III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas tipo III
CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial tipo III
CAPS III JF - Centro de Atenção Psicossocial III João Ferreira
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
CF - Clínica da Família.
CICV - Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
DML - Depósito de Material de Limpeza
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GT - Grupo de Trabalho
IABAS - Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
OSS - Organização Social de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET - Programa de Educação pelo Trabalho
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PSF - Programa Saúde da Família
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT - Residência Terapêutica
SAMU - Serviço Móvel de Urgência
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SF - Saúde da Família
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC/RJ - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SUBHUE - Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência SMS/RJ
SUBPAV - Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUP - Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS - Sistema Único de Saúde
TABNET - Sistema de Tabulações do Sistema Único de Saúde
TEIA - Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UPP - Unidade de Polícia Pacificadora
VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - Os CAPS e a Reforma Psiquiátrica	28
1.1 Os CAPS no Município do Rio de Janeiro: breve contextualização	44
1.2 O Contexto da implantação: a cidade do Rio de Janeiro e o Complexo do Alemão.....	53
1.3 Área Programática de Saúde – AP 3.1 e o CAPS III João Ferreira	56
CAPÍTULO II - O CAPS III João Ferreira no território: implantando um serviço de base territorial	59
2.1 A implantação	59
2.1.1 Primeira Etapa: seleção dos profissionais para montagem da equipe.....	61
2.1.2 Segunda Etapa: recepção dos profissionais e processos de trabalho	69
2.1.3 Terceira Etapa: abertura do CAPS para a comunidade.....	81
2.2 O Trabalho em Equipe e o Território	90
2.2.1 Os conflitos na Equipe: enfermagem x outras categorias	95
2.2.2 O Alemão em guerra e a pacificação do Complexo: “O Dia D”	102
2.3 Matriciamento	106
2.3.1 O Matriciamento como ampliação do cuidado	106
2.3.2 Matriciando os parceiros: a experiência com a Atenção Primária	107
CAPÍTULO III - Crise e Cuidado Continuado em Questão	112
3.1 Construindo o cuidado à crise em um CAPS III	112
3.1.1 A intersetorialidade no cuidado à crise	120
3.1.2 Um desafio no cuidado continuado: o acolhimento noturno	126
3.2 Dois casos exemplares do cuidado continuado intersetorial	130
3.2.1 Bárbara: um caso complexo no Complexo do Alemão	130
3.2.2 Maria: entre o lixo e seus objetos	142

CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182

INTRODUÇÃO

No ano de 2010, recebi o convite para implantar um CAPS III no coração do Complexo do Alemão, no contexto de mudança da assistência em Saúde mental no Rio de Janeiro. Este convite foi consequência de uma conjuntura municipal de expansão da Atenção Primária como modelo prioritário de saúde e tem relação direta com meu percurso profissional na rede de saúde mental.

Minha trajetória profissional esteve voltada nos últimos anos para a gestão de serviços com funcionamento 24 horas. O primeiro deles, e o que veio orientando minhas práticas no campo, foi quando assumi, em 2005, três anos após ter saído da residência multiprofissional em saúde mental do município, a direção do Núcleo Assistencial Ulisses Viana, na antiga Colônia Juliano Moreira (atualmente Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira), que acolhe pacientes com histórico de longa permanência institucional. Na direção, trabalhei ativamente na desinstitucionalização dos pacientes que estavam longamente internados (tempo médio de permanência na época era de quarenta e cinco anos), promovendo o retorno dos mesmos a vida na cidade, ao convívio familiar, em residências terapêuticas, moradias assistidas e família acolhedora.

Durante esse processo, trabalhei na equipe do CAPS III Jayr Nogueira, em Nova Iguaçu, o primeiro do estado a funcionar nas 24 horas do dia, durante dois anos (2008 a 2010), contribuindo para a implantação desse CAPS como tipo III no território e organização dos processos de trabalho para o acompanhamento integral dos usuários.

Esta experiência com processos de trabalho e equipes 24 horas, levou ao convite da coordenação de saúde mental do município do RJ, em 2010, a implantar e dirigir o primeiro CAPS III da AP 3.1 e segundo da cidade (CAPS III João Ferreira) e, posteriormente, em 2013, o primeiro CAPS AD III do município, na AP 4.0 (CAPS AD III Antônio Carlos Mussum) e a Unidade de Acolhimento Adulto Cacildes (UAA) vinculada a ele e primeira do estado e, mais recentemente, ao final de 2015, a compor a equipe da Superintendência de Saúde Mental da SMS/RJ, como coordenadora da RAPS Zona Oeste. Nesta função, venho trabalhando ativamente no acompanhamento das Redes de Atenção Psicossocial produzidas nas áreas programáticas dessa região da cidade (AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3), a partir de um trabalho com os CAPS e com os outros pontos de atenção, de produção de redes no território para o cuidado, que possibilitem o acompanhamento dos usuários de forma longitudinal.

Partindo desse trabalho, e recolhendo as experiências vividas anteriormente no

campo, tenho verificado a importância da construção de redes para a territorialização do cuidado, sobretudo para os momentos de crise ou de maior vulnerabilidade dos usuários, e o papel estratégico do CAPS III para a ativação dessas redes no território. Por outro lado, esse processo na experiência do RJ acontece de maneira singular, pelas características da cidade, de cada CAPS e de seus territórios, e, ainda pela baixa cobertura de CAPS III no município (que serão abordados nesse estudo).

O tema sobre o acompanhamento dos usuários na rede de atenção psicossocial e o tratamento que lhes é ofertado, tem sido motivo de discussão permanente no município. Os eixos que compõem a RAPS estão nas diretrizes diárias do trabalho e em especial, no que dizem respeito à atenção a crise vem mobilizando de maneira permanente a rede como um todo. Os serviços de base comunitária estão assumindo o protagonismo no cuidado às situações de crise dos usuários, que inclui a tomada de responsabilidade do cuidado pela articulação de um conjunto de coisas, pessoas, lugares, estratégias, que possibilitem o acompanhamento contínuo e integral no território.

Os CAPS foram convocados a responder a partir do lugar de substituto das práticas segregantes e institucionalizantes do manicômio, o que significa pensar não só na transferência de cenário das práticas, mas principalmente, na mudança de modelo assistencial, ou seja, nas formas que se oferta o cuidado. O tipo de acompanhamento que é requerido no percurso dos usuários em diferentes situações, e com quais recursos o cuidado está sendo construído, em especial nas situações de crise, tem sido pauta prioritária de trabalho na rede do município do Rio de Janeiro.

Questões referentes aos modos de lidar com as situações e experiências convencionalmente denominadas de crise, e as respostas que têm sido oferecidas as mesmas, de modo geral, possuem um lugar de grande importância nas tentativas diárias de transformação das relações com as pessoas acompanhadas pelos CAPS.

Entretanto, lidar com a crise ou situações limites e de vulnerabilidades no campo da saúde mental, não tem sido e nunca foi uma tarefa simples. Envolve uma multiplicidade de pessoas, lugares, articulações, práticas que ultrapassam qualquer arranjo já preestabelecido de ações do campo da saúde. Vai além deste, ultrapassa os muros do serviço, para a construção de um cuidado em rede, onde eixos como acessibilidade, acolhimento e acompanhamento, estejam totalmente imbricados e imprimam qualidade à assistência. Os CAPS III são dispositivos estratégicos, porque funcionam 24 horas, praticam o funcionamento com portas abertas, que exigem pactuações diárias e a contratualidade com os usuários, além de raízes territoriais.

Tem sido comum ouvirmos os termos rede e território como fundamentais quando se discute o cuidado aos usuários dentro do campo da atenção psicossocial. Segundo Merhy et al. (2014), a ideia de redes não é algo novo no Sistema Único de Saúde, apesar de na atualidade, o conceito de rede, pautar os discursos e práticas dos campos institucionais nas três esferas federativas. Na Constituição Federal, de 1988, o artigo 198 já dispunha que as ações e serviços de saúde integravam uma rede regionalizada e hierarquizada. O que vem prevalecendo nos discursos e práticas é uma forma de entender as redes como um conceito representação; retirando das mesmas aquilo que produz os seus sentidos: os sujeitos nas suas experiências vividas, no seu mundo de afecções em intensos processos de conexões a cada encontro (DELEUZE, 2002).

No campo das políticas de saúde pública não tem sido muito diferente. Quando o Ministério da Saúde fala de rede, ele tem a ideia de uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Quando na verdade, as redes são vivas, fragmentárias e em acontecimento, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Devem ser construídas nos territórios pela singularidade dos casos. Isso significa que algumas redes vão servir para determinada singularidade de cuidado, e não para outras. O eixo deve ser o caso que produz as conexões. (CERQUEIRA et al., 2014)

Na RAPS (instituída pela Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013 (BRASIL, 2013a)), o conceito de trabalho em rede, inseriu-se no novo cenário político-institucional da saúde, onde destaca-se o caráter territorial da rede, centrada nas necessidades concretas das pessoas, sendo responsável pelo cuidado continuado e pela promoção de reinserção social pelo trabalho, pela renda e pela moradia solidária (BRASIL, 2013a).

Porém, a efetivação das diretrizes e dos objetivos da rede de atenção psicossocial e de um trabalho efetivo em rede, não se dá pelo somatório de pontos de atenção implantados nem pelo elenco organizativo dos componentes ou, ainda, pela simples modernização do circuito assistencial. A RAPS se efetiva - isto é, só existe - na dependência de pessoas (de pontos de atenção diversos) que se conectam e se coordenam com uma finalidade comum. Dessa forma, a proposição de redes aponta para o conjunto de possibilidades de recursos e de respostas a serem conjugadas, associadas e coordenadas de modo a produzirem 'transformações nas realidades dos territórios e transformar a experiência do sofrimento' na

vida das pessoas. Ao mesmo tempo, implica a necessidade de superação do isolamento das práticas dos serviços, mobilizando saberes e recursos de usuários, familiares e instituições do território para se conjugarem em novas configurações pessoas-equipas-serviços-contextos em torno de 'projetos comuns'.

Neste contexto, a relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido é uma questão central para a atenção psicossocial e aparece claramente enunciada em diversos documentos relativos à Reforma Psiquiátrica, a partir de 2002. A Portaria nº 336/02, por exemplo, institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a serem criados de forma territorializada e tendo por característica 'responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. Esta mesma portaria estabelece, também, no Parágrafo 2 do Artigo 1, que os "CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território" ([BRASIL, 2002](#)).

A adoção do território como conceito organizador da atenção e a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades - CAPS I; CAPS II; CAPS III; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD); e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSIJ), está dentre as principais transformações produzidas pela Política Nacional de Saúde Mental no cenário da atenção pública em saúde mental no país na última década, a partir das diretrizes da reforma psiquiátrica, ampliando o acesso e a interiorização de serviços.

A 'lógica do território' passa a ser uma ideia central, norteadora das ações a serem engendradas pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas. Neste contexto, os CAPS aparecem como estratégia de organização da rede de cuidados, considerando-se que a realização de parcerias entre serviços de saúde e serviços com a comunidade é vital para operar os cuidados em saúde mental, já que nenhum serviço poderia resolver isoladamente todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território ([DELFINI ET AL., 2009](#)).

Estudos reiteram, a noção de rede e território como elementos dos quais não podemos prescindir para pensar o acompanhamento dos casos, incluindo o acolhimento diurno e noturno. "Costuma-se denominar de rede as pessoas e as coisas com as quais esses sujeitos se relacionam e de território esse lugar que cada um de nós inventa para viver" (LEAL e DELGADO, 2007).

A compreensão de território, tão presente, vai além da dimensão da área de abrangência dos serviços, como áreas geográficas. Leal e Delgado (2007) conceituam território como lugar promotor de vida, de relações sociais e dos recursos disponíveis. O território seria o espaço onde se estabelecem as relações, devendo ser considerado também o modo como isto se dá. (Leal & Munoz, 2014).

Os autores abordam as redes como as linhas que preenchem o território e garantem a possibilidade de circulação, e afirmam que delimitar território e rede para condução dos casos nos serviços comunitários se mostra de suma relevância para um bom acompanhamento de pessoas com transtorno mental e devem ser sempre levados em consideração para a construção dos projetos terapêuticos (Leal & Munoz, 2014). Estes conduzem e organizam o cuidado e assim como as redes e territórios da vida, não são estáticos.

A palavra território por sua vez, pode conter múltiplos sentidos, já que seu conceito tem sido utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento, como a Geografia, a Biologia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política e a Filosofia. As discussões mais recentes sobre o tema trouxeram para o campo da saúde um importante geógrafo brasileiro: Milton Santos. Seus trabalhos serviram para reorientar as concepções sobre espaço e saúde no âmbito da saúde coletiva. Em seus estudos, o território é uma categoria central, que assim como discutido pelos autores acima, também vai além de uma respectiva área geográfica.

Santos (2008), negando a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais, apresenta-o como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações, e propõe o detalhamento das influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Para o autor, “o território englobaria as características físicas de uma dada área, e também as marcas produzidas pelo homem. Assim, ele seria formado pelo conjunto indissociável do substrato físico, natural ou artificial, e mais o seu uso, ou, em outras palavras, a base técnica e mais as práticas sociais, isto é, uma combinação de técnica e política” (Yasui et.al, 2014).

Segundo Moken et al. (2008), nessa perspectiva incorpora-se o componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política. A ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas. Isso aponta para novas propostas teórico-metodológicas, cujas bases estão na perspectiva da operacionalização do conceito de 'território usado', de Santos e Silveira (2001). Para estes

autores, 'território usado' corresponde a qualquer pedaço do território, considerando a interdependência e a inseparabilidade entre sua materialidade e seu uso. Ou seja, o território usado é tanto o resultado do processo histórico quanto a base material e social das novas ações humanas.

Nesse sentido, Moken et al. (2208), afirmam que compreender o território a partir dessa perspectiva abre possibilidades para as análises em saúde e para o entendimento contextual do processo saúde-doença, especialmente em espaços comunitários e tendo como dimensão temporal o cotidiano. Nesta dimensão, destacam a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade, como elementos importantes, cuja sociabilidade é constituída de pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. Assim, após analisarem outros aspectos do conceito do território, aproximando-o ao campo da saúde, os autores concluem que “o território da saúde coletiva é composto de produções coletivas, com materialidade histórica, social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor.” (Yasui, 2014)

Dentro desse contexto, o território, na concepção dos autores acima, é relacional. Ele diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem: memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos, contíguos, contraditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas.

Seguindo essa concepção, o território é tomado como um todo dinâmico, que permite uma visão não fragmentada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos. Assim, “se a discussão das relações entre território e produção de cuidado envolve o território como área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde, ela também deve ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, espaço relacional no qual a vida pulsa. Isto sem esquecer o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura.” Yasui et.al (2014)

É preciso olhar a vida que pulsa no lugar. Essa é a aposta na construção dos serviços substitutivos territoriais. (Yasui et al. 2014)

Yasui (2014), diz que não se trata apenas de pensar os deslocamentos no espaço físico, mas de problematizar o olhar sobre o território, para pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos e que clínica é possível aí realizar. Trata-se, segundo Amarante (2003), da necessidade de “reinventar a clínica como espaço de efetivo engajamento e responsabilização para com o sofrimento humano, de construção de possibilidades de vida e de produção de subjetividades.” “As relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de 'território existencial', que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver.” Essa perspectiva é desenvolvida por Deleuze e Guattari, que compreendem o território a partir de uma articulação entre os sentidos etológico, subjetivo, sociológico e geográfico do conceito, como um agenciamento entre seres, fluxos e matérias ([HAESBAERT; BRUCE, 2002](#)).

“Na realidade, os usuários dos estabelecimentos de saúde, em geral, buscam formas de vínculos aos territórios de modos muito singulares. Tomam, de um lado, o território geográfico socialmente constituído para si como referencial e assim, o seu bairro e o que há de equipamentos institucionais são referências. De outro lado, ele em si mesmo é um território existencial, subjetivo e cultural, que vaza o geográfico e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços materiais que não seu bairro ou seu lugar de trabalho” (MERHY,2002).

Segundo Merhy et al. (2014), no campo do cuidado em saúde mental, esta situação é uma característica muito marcante. “O (seu) usuário é um nômade pelas redes de cuidado e um forte protagonista de sua produção (LANCETTI, 2006).” Diz que “de forma bem frequente é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões.” “O território tomado como produção de agenciamentos, majoritariamente desconhecido para as equipes de saúde, instaura uma rede rizomática, não linear que não se apresenta capturada em um território único, em um espaço geográfico definido.”

Os usuários para esses autores, são capazes de circular em territórios, muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, produzindo múltiplas conexões na vida, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado. O que comporta movimentos de desterritorialização, que afetam, convidam às equipes a esta mesma experimentação desterritorializante de dispor-se às afecções do mundo. Caso contrário, corre-se o risco da atualização e encarceramento das subjetividades e da produção do cuidado.

Entretanto, “sair de territórios pré-concebidos que estabelecem “repertórios de cuidado” marcadamente definidos, cujos rastros remetem ao já-conhecido não é tarefa simples.” (CERQUEIRA et al., 2014, p. 28). Depende de um conjunto de fatores e organização, que tomem o acesso, o acolhimento e o acompanhamento, como eixos norteadores do trabalho, como propostos por Schmidt e Figueiredo (2009), como sendo eixos do campo da avaliação que podem ser aplicados tanto na análise quanto na organização do cotidiano na Atenção Psicossocial.

As autoras, definem acesso como um dos aspectos da oferta do serviço em relação à capacidade de responder às demandas, referindo-se às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários; acolhimento como o primeiro contato com quem nos procura, a partir do qual será definida toda a sequência de atendimentos: quem atende, como pode acolher e o que pode oferecer; e, acompanhamento, como um dos maiores desafios do trabalho em saúde mental, que assim como a ideia de rede e território, não se trata de uma novidade do campo, e sim de um princípio fundamental do cuidado, onde o que está em questão, é como o CAPS acompanha a trajetória de vida dos usuários, através de quais práticas assistenciais o acompanhamento do tratamento é realizado, e como se efetiva algum vínculo entre a clientela e a equipe. Nesse eixo do cuidado, o que está em questão e deve nortear o cotidiano dos serviços, é como construir o caso em rede no território, se o caso tece a rede e, qual o alcance da oferta para cada caso, considerando a acessibilidade tomada não como algo físico, produtor de fluxos e protocolos burocratizados e sim como um operador do cuidado a ser produzida ou não no encontro entre aquele que cuida e aquele que é cuidado.

Para tanto, o trabalho de produção de saúde deve levar em conta o território da cidade no qual se insere a atenção. Quando se passa a descobrir e ativar os recursos do próprio território, múltiplas e potentes composições vão sendo engendradas, formando redes de cuidado. Isso quer dizer que, organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica

do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. Parafraseando Yasui et al. (2014), pensar na organização de um CAPS em uma cidade situada no meio da floresta amazônica é distinto de pensar o CAPS no interior de um estado do Nordeste ou de um bairro da periferia leste da cidade de São Paulo, assim como no epicentro do Complexo do Alemão na cidade do Rio de Janeiro. “São territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços.” Os autores afirmam que “há histórias que determinam os lugares e as formas de acesso. Há histórias sociais que produzem marcas e formas peculiares de se expressar na mesma língua portuguesa, com palavras e sons particulares; modos de expressão cultural que revelam influências de diferentes culturas nas festas e celebrações, na culinária, na dança, na música; territórios com sua base econômica e formas de exploração do homem com suas consequências no modo de viver e levar a vida. A oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços e instituições também trazem as marcas locais da construção das políticas públicas.” Yasui et. al (2014)

Nesse sentido, ainda baseado nos estudos desses autores, organizar um serviço que opere segundo a lógica do território é encontrar e ativar os recursos locais existentes, estabelecendo alianças com grupos e movimentos ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social. “Para tanto, é preciso criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu entorno. Significa, também, especialmente nos locais precários e homogêneos, criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura - do manicômio, lugar zero das trocas sociais ([ROTELLI ET AL., 2001](#)), ao espaço público como lócus terapêutico, de intervenção, de montagens e instalações em permanente processo de produção.”

Entretanto, Merhy et al. (2014), nos alertam que um dos pontos nevrálgicos nos processos de produção do cuidado em saúde é “a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos e sua substituição por estigmas ou produções identitárias universais que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas.” Os autores afirmam que “de forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo, o usuário, como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Assim, as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos; uma lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais e portanto, o olhar para o outro é sempre previsível, o que produz, segundo os mesmos, “certa invisibilidade da produção da

multiplicidade de vidas que vazam dos sinais que vêm da rua, sobretudo no campo da saúde.” “Ao passar pela porta de um serviço de saúde parece que convidamos esse outro a deixar toda vida que traz da rua do lado de fora.” (Merhy et. al, 2009)

A rua segundo os autores, “é lugar de múltiplos sinais que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades.” Preenchida por signos e diferentes sentidos são, entre tantos territórios existenciais, “um lugar onde as existências atuam e se produzem, como redes vivas, definidas como o modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver, socialmente.” (2014)

Nesta concepção, os/as usuários/as, enquanto redes de existências, produzem-se “em-mundos”, “in-mundizam-se” (GOMES e MERHY, org., 2014), “constituindo certas formas éticas existenciais e certos modos de conduzir, por si, também a produção de cuidado, disputando o tempo inteiro com as outras diferentes lógicas de existir, em si, e que lhe são impostas pelas instituições.” Todavia, apontam que é muito comum o desconhecimento dos profissionais de saúde em relação as várias existências que cada uma dessas pessoas tem quando estas atravessam os muros dos serviços e ganham os mundos. “Isto é invisível para a área da saúde, que se encastela nos muros do próprio campo e, muitas vezes, restringe o olhar sobre quem vem para o serviço, fixando-se no mesmo, e não ousando sair do muro/mundo, revelando quanto desconhecimento sobre o outro é produzido nas redes formais de saúde.” (MERHY, 2008; GOMES, org., 2014).

Nessa ideia de redes como redes vivas e conexões existenciais, as ruas são tomadas, ou melhor, traduzem-se por diferentes movimentos e conexões onde as pessoas é que vão produzindo as linhas e suas infinitas possibilidades, nas afecções que os encontros com os "outros" agenciam e, nesses contextos, os sujeitos são efetivas redes vivas em produção. Nessa perspectiva, na discussão de redes de cuidado em saúde, torna-se fundamental, segundo os autores, abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas, que significa trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, “conectando relações com o fora que é constitutivo dos processos intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento. Trabalhar as multiplicidades é trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos e suas possibilidades existenciais, como redes vivas em produção.” (2014)

Essas redes, por sua vez, podem ser circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, “uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos” (MERHY, 2014).

O de fora das redes instituídas, como as ruas são, nesse sentido, lugares agenciadores, produtores de redes e conexões. Os sinais que vêm da rua, segundo Cerqueira et al. (2014), representam um conjunto vivo de estratégias, de novas modalidades, formas de criar sentido, de produção de outras redes, de outros territórios existenciais e, com elas de produzir outras e diversas redes de conexões. Entretanto, apontam para o fato de que os profissionais das “instituições formais” (educação, saúde e assistência social) estão desconectados com a multiplicidade de existências que eles atendem. Ao tornar seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, restringem-se a pensar em políticas e ações focais, e acabam por não conhecer como essas pessoas circulam nos diferentes territórios, as existências que estas pessoas têm em outros lugares e tampouco as inúmeras produções de vida do usuário/cidadão com os vários encontros sociais, culturais que ele produz para fora do muro, tornando a criação de redes de encontros, imprescindível para produzir reconhecimento de outros projetos que fazem parte de sua existência.

Trabalhar nessa perspectiva de ampliação das redes existenciais, significa ampliar os recursos que cada um tem disponível para ir produzindo, isto é, produzir a possibilidade de lançarem mão de leques de opções e de vários recursos para ampliar a capacidade de cada um, em suas redes existenciais, irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida. Inclui mapear a existência e a invenção de espaços para fora do muro, como cita Merhy et al. (2014), e como costume dizer, para fora da casinha, nos quais “os usuários/as também percorrem em suas trajetórias, bem como reconhecer os ditos informais e os sentidos que são produzidos neles.

O modelo da atenção psicossocial, proposta de cuidado desse trabalho, propõe uma estreita relação do CAPS com as múltiplas redes que poderão ser disparadas no território para que se produza um cuidado integral e compartilhado. Além disso, a atenção psicossocial é intensamente territorial, com isso queremos dizer que a rede formal (CAPS, atenção primária, hospital, escola etc.) do usuário é tão importante quanto a rede informal (amigos,

família, vizinhos, comerciante local, trocador de ônibus, dona da pensão etc.) para que se configure um cuidado em liberdade e que sustenta a crise no território.

A noção de rede aqui então, precisará ser compreendida em suas dimensões técnica e política. As redes de cuidado são as mais variadas e complexas, justamente por se constituírem na história de cada usuário e se transformarem a todo momento junto com ele próprio. O mapeamento e tecimento feito pelo CAPS tanto da rede formal quanto da rede informal dos usuários será determinante para que se evite uma internação. Do mesmo modo, manter essa rede viva e aquecida incidirá no protagonismo do usuário em seu cuidado cotidiano, na reintegração em seus territórios familiares, afetivos e sociais.

É nessa porosidade do território, na casa do usuário, na padaria próxima, na rua, no CAPS, que se darão as configurações de redes vivas, com múltiplas conexões necessárias a cada um dos usuários, onde as ações estão focadas em espaços de trocas, contratualidade e cidadania.

Seguindo com esses conceitos de rede e território discutidos até aqui, e baseado na premissa de que os CAPS III são dispositivos estratégicos para a Reforma Psiquiátrica, vamos estudar esse serviço e sua potencialidade na construção dessas redes para a produção do cuidado, tendo como analisadores os três AAAs (acesso, acolhimento e acompanhamento) apontados como eixos que imprimem qualidade a assistência. Rede viva, de conexões existenciais, cujo território é dinâmico, relacional. Embora sejam conceitos diferentes, eles se compõem e se atravessam no trabalho cotidiano de produção de saúde, e por isso servirão de base para o diálogo neste estudo dos CAPS III e das redes construídas a partir de suas práticas, que assim como nos estudos de Milton Santos, devem ter o território como categoria central para produção de saúde.

Neste contexto, torna-se fundamental colocar em análise como se dá o acesso, acolhimento e o acompanhamento (AAA) dos pacientes às suas respectivas redes de cuidado, sobretudo nas situações de crise e conhecer o modo de funcionamento dessas redes no manejo dessas situações, como produtores de cuidado ou barreira de acesso ao acompanhamento. Esses três eixos norteadores (AAA) podem se revelar como potentes analisadores da prática cotidiana do cuidado, uma vez que o modo como este se opera, pode produzir barreiras no acompanhamento dos usuários, impedindo a construção de redes territoriais e por sua vez, a circulação dos usuários na rede de atenção psicossocial. Tomar as redes e seus territórios construídas e potencializadas a partir de um dispositivo previsto

para estar aberto nas 24 horas do dia, como produtores desses eixos, é ponto crucial desta pesquisa. Dar visibilidade a esses processos e discutir como eles se dão, com que recursos e estratégias, é um dos objetivos deste estudo.

Dito isso, o CAPS III é o eixo central desta pesquisa, que está baseada na concepção de que este dispositivo é uma proposta estratégica para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem na construção de uma rede substitutiva de dispositivos comunitários de saúde mental, um dos seus objetivos principais. Mais do que a substituição de hospitais psiquiátricos por novos serviços, a proposta da Reforma Psiquiátrica consiste em uma mudança da lógica assistencial, nos modos de tratar o louco e, portanto, na mudança do estatuto da loucura na sociedade brasileira. No lugar da exclusão da loucura, os novos serviços como os CAPS, passaram a ter função central no processo de reinserção social das pessoas com transtorno mental. O CAPS, com sua capacidade de comunicação com o território e com sua articulação constante com demais setores da sociedade, é o principal dispositivo para esta nova lógica que difere daquela manicomial: a lógica da atenção psicossocial.

Nesta lógica, como já apontado, os CAPS devem articular redes potentes no território de modo a promover acesso e garantir a integração e articulação de diversos setores para a continuidade do cuidado e acolher a crise no território. Entretanto, apesar das situações de crise não ficarem fora do escopo das situações tomadas pelos novos dispositivos, suas estratégias de cuidado ainda aparecem sob pena de não obter êxito em suas propostas fundamentais. Isso porque, apesar da diversificação dos espaços e estratégias, algumas práticas manicomiais permanecem operando nos momentos de maior fragilidade que são os momentos de crise, dentre elas as internações em leitos psiquiátricos.

A atenção às situações de crise é um grande desafio para o sucesso de uma reforma psiquiátrica (SOUZA, 2008; WHO, 2003), que para sua efetivação precisa de um esforço cotidiano das equipes, em construir possibilidades de cuidado fora das práticas e relações manicomiais, tomando as redes e os territórios como ferramentas chaves para esse trabalho, e que tem o CAPS III como dispositivo estratégico para essas construções, na medida que oferece uma ampliação dos recursos, como os leitos para acolhimento noturno, equipe ampliada, funcionamento 24 horas, favorecendo uma maior presença no território e articulação em rede. A função estratégica do CAPS III no acolhimento dessas situações e seu papel articulador junto aos demais pontos de atenção da RAPS são tensionamentos que se fazem constantes para a garantia do acesso e a continuidade do cuidado no território, e foi o que orientou a escolha pelo tema de estudo.

Contudo, o que quero dizer com isso, é que esse dispositivo torna-se estratégico e potente à substituição da lógica manicomial, se articulado a um conjunto de outras ferramentas, estratégias, recursos e instituições no território, que estreite laços, estabeleça possíveis parcerias, de modo a produzir redes potentes, alinhadas e intersetoriais para o cuidado em liberdade. Caso contrário, reproduzirá a lógica de encarceramento e institucionalização das práticas. O CAPS III mostra a sua potência quando trabalhamos em rede.

Considerando esses aspectos, este estudo se propôs a descrever a importância da prática do cuidado em redes, sobretudo para o manejo das situações de crises, tendo como eixos norteadores o acesso, o acolhimento e o acompanhamento. Esse processo se deu a partir dos registros do trabalho em um CAPS III da cidade do Rio de Janeiro, o CAPS III João Ferreira, localizado no Complexo do Alemão, Zona Norte do RJ, que passou a compor a rede de saúde mental em 2010, ano que inaugura a implantação de CAPS tipo III no município.

A opção pelo campo da pesquisa foi dada pela minha experiência de trabalho como fundadora e diretora da unidade por um período de três anos, e pela importância em sistematizar informações quanto à construção dos processos de trabalho nos CAPS III, assim como produzir conhecimento sobre os efeitos da criação desta modalidade em um território específico.

Trata-se de um estudo de caso de cunho descritivo, da experiência de implantação desta tipologia de CAPS na AP 3.1 da cidade, durante os anos de 2010 e 2013, visando mostrar a partir da minha posição como diretora nesse processo, e da apresentação de casos acompanhados pelo serviço, a construção da rede produzida no território, assim como os principais desafios enfrentados para a consolidação do serviço como territorial e substitutivo ao cuidado das crises, trazendo contribuições para a qualificação do cuidado, atenção à crise e reorientação do modelo assistencial para a saúde mental, com ênfase na continuidade e no compartilhamento do cuidado, como eixos que imprimem qualidade a assistência.

O estudo de caso é um tipo de desenho onde o pesquisador pretende compreender a realidade estudada, dentro de um contexto específico. Sua maior característica é a descrição, que tem função central em sua estrutura. No entanto, possui um alcance analítico, que pretende interrogar a situação observada, confrontando-a com outras situações semelhantes e com teorias existentes (Yin, 2010).

Minayo (2014) considera a relevância desta abordagem metodológica e aponta que o estudo de caso pode: mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções

a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Assemelham-se a focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos.

A pesquisa foi realizada utilizando a descrição dos processos dada minha inserção como diretora na implantação do CAPS, bem como outras estratégias de pesquisa: revisão bibliográfica sobre o tema CAPS III e Reforma Psiquiátrica, consultas aos livros de registros diários e de comunicação da equipe, agendas e livros Ata da gestão e aos prontuários dos pacientes. O material dos casos clínicos, foram obtidos através das narrativas dos profissionais durante as discussões nas reuniões, registradas nestes documentos, busca em prontuários e minha vivência como diretora e conhecimento dos casos.

Algumas questões nortearam esta proposta e serviram de guia para esse estudo: “Qual a contribuição concreta do CAPS III para a qualificação do cuidado, atenção à crise e reorientação do modelo assistencial para a saúde mental?” “Qual a diferença que o CAPS III faz na rede, em relação aos objetivos da reforma?”

Desse modo, objetivou-se trazer contribuições para o trabalho nos CAPS III em geral, apontando sua especificidade, principais desafios e propostas para sua melhoria no campo da Atenção Psicossocial.

Para cumprir esses objetivos, apresentaremos no primeiro capítulo, uma revisão da literatura sobre os CAPS no contexto da Reforma Psiquiátrica e os CAPS III, e a descrição do contexto do Rio de Janeiro e da reestruturação da assistência no município como cenário de pesquisa, assim como do CAPS III João Ferreira.

No capítulo 2, apresentaremos a implantação do CAPS III, abordada em três etapas de organização dos processos de trabalho e abertura do serviço, contemplando os processos de seleção e recepção dos profissionais, a história da implantação, as características do território, os impasses e desafios na constituição do trabalho em rede, territorial e em equipe, a entrada e circulação dos profissionais no território do Complexo do Alemão e, as principais estratégias para a efetivação da articulação entre a comunidade e o CAPS, com ênfase no matriciamento à ESF.

Finalmente, o capítulo 3 apresentará o percurso que a equipe faz para a construção do cuidado continuado as crises no território, a partir de suas concepções, experiências e práticas no cotidiano de trabalho, inscritas no processo de implantação do CAPS como um serviço de base territorial, disponível para o cuidado contínuo nas 24 horas do dia, nos 7 dias da semana e, discute o acolhimento noturno como um dos desafios para a continuidade do

cuidado. Foram utilizados dois casos exemplares de usuários acompanhados pelo CAPS, que demonstram a importância da intersetorialidade e do trabalho em rede, para o acompanhamento contínuo no território e por sua complexidade e relação com a comunidade.

Precisou de muito esforço pessoal e coletivo e desejo para conclusão desse estudo. Os muitos entraves enfrentados ao longo desse trabalho, tornou a tarefa de contar essa história ainda mais complexa, mas cheia de sabores. Esse trabalho foi feito a muitas mãos, de pessoas tão queridas, que estiveram comigo me apoiando e me ajudando a pensar, reunir elementos e organizar minhas ideias, transformando o que foi uma vivência potente, em um relato vivo e rico de experiências, que pretendo apresentar nesse trabalho. Espero que esses registros da implantação de um CAPS III, possa contribuir para as práticas de cuidado no campo da saúde mental e das políticas públicas, prescindindo da lógica manicomial e do hospital psiquiátrico.

No cenário atual, em que a reforma psiquiátrica está tendo um novo dimensionamento, com o surgimento de uma orientação política de recolocar o hospital psiquiátrico no centro do tratamento, torna-se urgente discutirmos as práticas de cuidado nos CAPS III, para mostrar sua efetividade como dispositivo estratégico para o acompanhamento em saúde mental, devendo estar no centro do cuidado. Nove anos marcam o tempo de chegada dos primeiros CAPS III da cidade do Rio de Janeiro. Importante fazermos um registro dos aspectos dessa experiência, para efeitos na produção do cuidado nos novos CAPS III.

CAPÍTULO I: OS CAPS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são orientados pelo paradigma da Reforma Psiquiátrica que caracterizada como um movimento político, social e ideológico, compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e está pautada na desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005; COSTA-ROSA, 2000)

A Reforma Psiquiátrica se organiza em processo contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária, no contexto da redemocratização política do país, com forte protagonismo de profissionais e usuários dos serviços de saúde, que denunciavam a violência e as condições degradantes dos hospitais psiquiátricos, e afirmavam que os cuidados em saúde mental deveriam acontecer próximos à família. Eles se organizam como resposta a um cenário de intensa privatização da hospitalização das pessoas com transtornos mentais. O maior emblema do movimento era a superação da violência asilar, propondo o enfrentamento do modelo e da lógica hegemônica do manicômio.

Para Goffman (1996), os usuários que permaneceram grande parte de sua vida em instituições hospitalares e asilares se diferenciam geralmente de outros usuários que nunca foram itinerantes em instituição psiquiátrica, porque tendem a apresentar maiores dificuldades no tratamento territorial, principalmente no que diz respeito à reinserção social, capacitação ocupacional e nas mediações conflituosas nas relações com seus familiares.

A desinstitucionalização supõe, antes de tudo, o retorno do sujeito/usuário a sua situação de liberdade e de direitos, passando de uma relação de tutela a uma relação de contrato (terapêutico) entre cidadãos. E, paralelamente, à possibilidade concreta de um tratamento sócio-sanitário, interdisciplinar de saúde mental, em ambiente não hospitalar psiquiátrico e de caráter territorial. (BASAGLIA & GIANICHECKDA, 1982).

Esses autores defendem que não se trata de uma transformação mecanicamente produzida, mas de um processo de desinstitucionalização, entendido como desconstrução cultural-histórica do modelo hospitalocêntrico manicomial e a concomitante construção de um modelo territorial e comunitário, voltado para o reconhecimento social e inserção do sujeito que sofre de adoecimento mental.

No início da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), alcançou status de política pública de estado implantando a agenda de transformação da assistência psiquiátrica no país. Desde então, o campo da saúde mental vem passando por transformações importantes, com a consolidação de uma nova Política Nacional de Saúde

Mental, que prevê o cuidado em liberdade.

O modelo de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi concebido neste processo e está no centro da mudança para a saúde mental, com a gradual e progressiva diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, dando lugar a uma rede de serviços de saúde mental de base territorial, que tenha como centralidade o cuidado em liberdade e a cidadania.

No período entre 2002 e 2010, a redução de leitos psiquiátricos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 51.393 para 32.735, com a consequente mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (de grande para pequeno porte) e investimentos nas ações extra-hospitalares superiores aos investimentos em hospitais psiquiátricos, a partir do ano de 2006. (BRASIL, 2011).

Exemplos nacionais desse processo, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) Santistas e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte/Minas Gerais, se constituíram como experiências exitosas de propostas de substituição da internação em hospitais psiquiátricos em cidades de grande porte, consideradas como marco inaugural e paradigmático de uma nova prática de cuidados em saúde mental.

Nessas duas cidades, a atenção à crise foi priorizada no desenho das redes de saúde mental, por seu caráter decisivo e estratégico. A proposta foi no sentido de “a intervenção ser deslocada do âmbito do hospital psiquiátrico e das urgências clássicas vinculadas a elas para toda a rede de atenção à saúde, os novos serviços da reforma psiquiátrica, o território, a rua e o domicílio” (SOUZA, 2014, p. 191). A transformação dos locais de intervenção das crises é um dos aspectos necessários para que ocorra uma transformação completa do modelo conceitual e da prática em saúde mental.

Logo no início os NAPS propunham um modo de operar o cuidado em saúde mental mais diretamente substitutivo ao hospital psiquiátrico, organizado como um equipamento territorializado articulado a outros serviços de saúde 24 horas por dia, com a existência de leitos para acolhimentos e atravessados pela ideia da desinstitucionalização (AMARANTES & TORRE, 2001; NICÁCIO & CAMPOS, 2004).

Neste contexto, para além da substituição dos hospitais psiquiátricos pelos novos serviços, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) contempla a mudança nos modos de tratar o louco. No lugar da exclusão do hospício, os novos serviços passam a ter a função primordial de promover a reinserção social, através da articulação com o território, e realizar o acompanhamento das pessoas com transtorno mental grave em liberdade.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a ser considerados estratégicos pela Política Nacional de Atenção à Saúde Mental para a consolidação do novo modelo de

assistência no país, e expandiram-se por todo o território nacional, especialmente ao longo da década de noventa e dos anos dois mil. Entre 2000 e 2010, cerca de 1400 novos CAPS foram implantados em todas as regiões do país (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Como dispositivo estratégico para a efetivação das mudanças no campo, os CAPS foram adotados como padrão em todo o território nacional, conforme a política preconizada pelo Ministério da Saúde (MS). Na publicação “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, de 2004, o MS define o CAPS como:

“(...) um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (...) 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)

Na perspectiva da reorganização dos serviços públicos de saúde mental, destacam-se a Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, e portarias complementares, que foi promulgada após longo período de tramitação no Congresso Nacional. A Lei da Reforma dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Estabelece parâmetros para as internações involuntárias e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo quarto reitera que: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. (BRASIL, 2001).

Posteriormente, a portaria nº 336/2002 institui a criação dos CAPS e determina seu lugar como ordenador da demanda de saúde mental da população adscrita, deslocando do hospital psiquiátrico a recepção e encaminhamento da demanda de tratamento. Desta

maneira, seguindo a lógica da regionalização, organizam a porta de entrada do sistema para que o acesso fosse direcionado a fim de evitar as internações com a utilização dos novos serviços, criando alternativas ao tratamento.

Para a implantação e organização dos CAPS pelos municípios, a portaria ministerial define a estrutura, o funcionamento e os objetivos principais desses serviços a partir de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS I foram destinados aos municípios com população acima de 20.000 habitantes, com funcionamento de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira; os CAPS II aos municípios com população acima de 70.000 habitantes, com funcionamento de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até 21h; os CAPS III aos municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento de 24 horas, diariamente, inclusive feriados e finais de semana. Os CAPSi foram destinados ao atendimento da clientela infanto-juvenil, em municípios com população acima de 150.000 habitantes e os CAPS AD, destinados aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, nos municípios com população acima de 70.000 habitantes.

Desse modo, o processo de reforma caracterizou-se, no nível federal, nas últimas décadas, pela forte indução pelo estado de um modelo de assistência comunitário territorial em substituição ao modelo hospitalar de prestação de cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. Nicácio (2004) enfatiza que a efetivação da reforma requer produção de políticas públicas locais e intersetoriais e de redes e serviços substitutivos e territoriais que visem a superação do modelo asilar, a produção de direitos e à invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura.

Weber (2015), em um estudo sobre o Acesso Universal ao Cuidado como Eixo do Processo de Avaliação na Reforma Psiquiátrica, diz ter sido Delgado (1999) quem nos recorda “que foi o programa Municipal de Santos, com os seus Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que primeiro explicitou a noção de território, assumindo o pressuposto de que esses serviços deveriam ter uma cobertura universal em torno de 100 mil pessoas, residentes numa área urbana definida. Indicava-se já ali que este tipo de serviço deveria atingir a cobertura de uma população adscrita a partir do pressuposto ético da tomada de responsabilidade, isto é, o pressuposto da responsabilidade pela atenção aos casos psiquiátricos de uma população específica, através de uma rede de atendimento psicossocial eficaz”.

Nessa direção, destaca-se no cenário da atenção pública em Saúde Mental no país, a adoção do território como conceito organizador e a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades – CAPS I; CAPS II; CAPS III; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), ampliando o acesso e a interiorização de serviços.

Na cidade de São Paulo, em 1986, surgiu o primeiro CAPS do Brasil. Amarante (1995) afirma que foi a partir do surgimento do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que houve a transformação de outros serviços que surgiram depois no país.

O CAPS tem como função principal “[...] o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo [...]” ou ainda “[...] serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território” (BRASIL, 2004, p. 31).

Para Ribeiro (2004), o CAPS deve estar organizado para atender os usuários do serviço diariamente, com uma gama diversificada de atividades terapêuticas, para que não fique reduzido a consultas ambulatoriais. Dentro desse novo modelo de atenção à saúde mental, o indivíduo passa a ser visto como um ser integral, de modo que deve ser tratado em toda sua pluralidade. Por isso, o atendimento neste dispositivo é realizado por uma equipe interdisciplinar. Ribeiro (2005) ressalta que o CAPS não é apenas um território geográfico ou um prédio físico. É antes de tudo um lugar em que o usuário “existe”; um lugar onde o indivíduo pode trilhar seu próprio caminho; é o lugar onde o sujeito pode vir a se constituir, a se tornar o ator principal no processo de construção do seu tratamento.

Por isso, não é a mudança do lugar onde se trata a loucura que vai garantir os direitos do usuário. O dispositivo pode ser novo, mas pode estar reproduzindo na prática o paradigma do modelo hospitalocêntrico, pois, como salientam Almeida e Santos (2001), as tentativas de produzir um modelo capaz de substituir o velho manicômio em seus aspectos mais amplos, não estiveram isentas de cometer os mesmos equívocos. Mais que um novo lugar, é necessário ter um espaço social para a loucura, para que de fato o antigo modelo seja superado.

Para Rabelo e Torres (2005), o compromisso com a desinstitucionalização da loucura depende das práticas e da atuação de profissionais, os quais têm que se colocar à disposição para construir novas possibilidades de encontro entre a loucura e sociedade, que considerem o objetivo proposto pela Reforma Psiquiátrica, perante o qual o indivíduo não

fique institucionalizado, sendo o CAPS um local de “passagem”, onde o tratamento tem o objetivo de acabar.

O CAPS, portanto, foi instituído com dois objetivos principais junto à população: acompanhar em tratamento essa clientela e promover sua inserção na comunidade. No acompanhamento dos casos, eixo guia desse estudo, o CAPS deve evitar as internações psiquiátricas, e para isso, construir ambientes continentais, compondo com uma Rede de serviços, parcerias para realizar o trabalho de reabilitação psicossocial e o de acolhimento às crises.

Por isso, se destacam entre os serviços oriundos da reforma psiquiátrica no Brasil como ordenadores da Rede de atenção em saúde mental, devendo cumprir, segundo a lógica do território, a função de atendimento às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, constituindo-se como serviço de atenção diária, com funcionamento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme as necessidades de cuidado (Portaria 336/2002).

Estudos sobre os CAPS III no âmbito nacional, vem apontando elementos importantes quanto aos processos de trabalho nesses serviços, assim como para a discussão do seu papel estratégico para a saúde mental.

Mondani e Costa-Rosa (2010) em pesquisa sobre a implantação da Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo, partem do pressuposto que há um conjunto importante de transformações no campo da Saúde Mental Coletiva. No entanto, depararam-se com uma rede que apesar de todos os municípios terem porte para implantação de CAPS III, encontraram os três níveis institucionais de CAPS, em uma rede híbrida na composição entre os tipos de CAPS. Segundo apuraram, nos municípios onde os CAPS III estão presentes já não existiam ambulatorios de saúde mental e a utilização dos Hospitais Psiquiátricos era rara, percebida como indesejada e preterida ao máximo por internações em Hospital Geral. Enfatizam o aspecto das equipes mais numerosas nos CAPS III e a integração da assistência com uma intensa exteriorização e territorialização da instituição, no sentido da ampliação e complexificação de suas variadas relações.

Campos e colaboradores (2009) fizeram uma pesquisa avaliativa dos CAPS III do município de Campinas/SP, a partir dos grupos de interesse que se dividiam entre trabalhadores, gestores municipais, gestores locais, usuários e familiares, com a realização de vinte grupos focais. Em função das discussões, foram construídas narrativas, que retornaram para a avaliação dos próprios integrantes dos grupos. Os autores chegaram a resultados onde destacaremos aqueles referentes à prática específica do CAPS III. Quanto

aos avanços alcançados pelos CAPS III estudados, o mais importante foi que os participantes consideraram conveniente a permanência dos usuários nos CAPS III nas situações de crise, o que indica uma possibilidade de superação da internação psiquiátrica como recurso. Neste trabalho, Campos e colaboradores (2009) defendem ainda que os CAPS devem organizar-se de maneira a manejar os diferentes níveis de complexidade de atenção em saúde, primário, secundário e terciário, no mesmo serviço. Afirmam que, no contexto da saúde coletiva no Brasil, os CAPS têm papel fundamental de garantir acesso, resolutividade e integralidade, e, por isso, sua atuação não se restringe a um nível específico de atenção. Dentre as dificuldades enfrentadas pelos CAPS III de Campinas/SP, apontam especialmente às parcerias com outros serviços para o acompanhamento de pacientes internados em outras unidades e o recebimento de pacientes de outros serviços. Além deste, destacaram também entraves internos como dificuldade nos CAPS III. O funcionamento noturno e nos fins de semana se dá somente com profissionais de enfermagem em esquema de plantão, que mantêm pouco contato com o resto da equipe, a não ser por livros de comunicação e pela passagem de plantão (CAMPOS et al, 2009).

Lutti e colaboradores (2011) e Mororó e colaboradores (2011) também apontam para a cisão entre equipe noturna e diurna e a falta de espaços sistemáticos de conversa para a elaboração e discussão de projetos terapêuticos, principalmente nos casos onde o acolhimento noturno é utilizado.

Campos e Baccari (2011), em pesquisa que focaliza a participação dos profissionais de nível médio nos CAPS III, além de fatores desencadeantes de sofrimento psíquico e desvalorização do trabalhador, analisam temas mais frequentemente considerados como impasses para o melhor desempenho da equipe. São eles: a dificuldade da cooperação com familiares, a fraca interligação com a rede de saúde, a responsabilização pelo plantão noturno, controvérsias sobre a liberação de pacientes em leito-noite e excesso de carga horária.

Na pesquisa realizada por Leão & Barros (2012), as noções de território, serviço comunitário e projeto terapêutico estão articuladas como categorias de análise a partir da ótica de trabalhadores e usuários nos CAPS III de Campinas/SP. As autoras consideram que uma das proposições dos CAPS é a intervenção no contexto de vida dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas nos cotidianos dos usuários. Obtiveram resultado em que a equipe reconhece que as ações no território é que dão significado para o cotidiano do

serviço e nisso reside a importância de tais intervenções, diferenciando assim os serviços de base comunitária e territorial dos hospitais psiquiátricos.

Kantorski et al. (2013) apontam para as dificuldades dos CAPS para atuar na comunidade e no entorno dos serviços. Tavares e Sobral (2005), por sua vez, revelam que as características da população e da comunidade à qual pertence o CAPS interferem de forma significativa nas proposições feitas pela equipe.

Nicácio e Campos (2004) na descrição do funcionamento da “hospitalidade integral” dos NAPS fornecem detalhes sobre o cotidiano de trabalho e a utilização do acolhimento noturno. Segundo os autores, as estratégias para operar o cuidado cotidiano necessitam de flexibilidade e mobilidade, mantendo o contexto da vida do usuário dentro ou fora do serviço, apesar do momento da crise. Descrevem as ações cotidianas e sua importância:

“(…) ir com os usuários até a casa para buscar pertences ou para estar na própria casa, ou sair do NAPS para passear ou tomar um sorvete; convidar os familiares para uma conversa; decidir telefonar para propor a visita de um amigo... Cenas presentes na cotidianidade da hospitalidade 24 horas no NAPS que não podem ser compreendidas como simples eventualidades, ações complementares e sim revelavam e reafirmavam a necessidade de operar a hospitalidade no campo processual de possibilidades de escolha, de relações de troca, de contratualidade, de exercício de direitos.” (p.78).

Nesse contexto, a política orientada pelas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), mantém os CAPS como recurso central, considerando-os estratégicos nos territórios, ao compartilhar os princípios da RAPS de respeito aos direitos humanos, de garantia da autonomia e liberdade, promoção da equidade, exercício da cidadania e inclusão.

Nessa perspectiva, o CAPS como ordenador do cuidado, tem a função de disparar ações que promovam o acesso e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Seguindo essa direção, o CAPS III é apontado como sendo a unidade mais adequada para lidar com estas situações, com a oferta de leitos de atenção integral (VASCONCELOS, 2010), provendo acolhimento diurno e noturno, em regime intensivo, com maior disponibilidade diante dos estados de crise da clientela. O procedimento Acolhimento Noturno é descrito no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), na portaria nº 854/2012, como:

“ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias (BRASIL, 2012a)”.

A portaria nº 336/02, define o CAPS III como um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com sua maior característica a de funcionar 24 horas, inclusive em feriados e finais de semana. Nesta portaria o termo escolhido para a utilização dos leitos no CAPS III é o “acolhimento noturno”. Propõe o número de 05 (cinco) leitos, indicando que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. O número de leitos, certamente, corresponde ao quantitativo de equipe técnica que também é indicado na portaria.

A equipe mínima preconizada para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou

outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 08 (oito) profissionais de nível médio; técnico, e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; 03 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, e 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Campos e colaboradores (2009), em pesquisa sobre a rede de CAPS em Campinas/SP, enfatizam positivamente a permanência do usuário com a mesma equipe de cuidados nos momentos de crise, fato permitido pela existência de leitos nos CAPS III, sendo um importante diferencial do modelo hospitalar.

Descrevem também outros aspectos vividos na implantação dos NAPS, muitas vezes promotores de dificuldades e impasses dentro das equipes, para a sustentação do acolhimento noturno ou integral. Colocam que não foi de maneira imediata que: “(...) a equipe assumisse integralmente a responsabilização pela atenção às situações de crise, inscrita na continuidade terapêutica, no contexto da produção do NAPS como serviço aberto, 24 horas, substitutivo, territorial. A discussão coletiva das situações de crise, as diferentes leituras sobre os significados e os modos de intervenção presentes na equipe por vezes conjugavam-se e, por outras, eram temas de debates intensos” (p.78).

Souza (2008), também descreve aspectos relevantes sobre a “hospitalidade noturna”, termo utilizado também em Belo Horizonte para designar o acolhimento noturno, evidenciando influência do modelo italiano. Relata que nessa cidade, os CAPS são denominados CERSAMs, e existiam nas modalidades II e III para atender a clientela da cidade. Na experiência inicial de reorganização da rede de saúde mental, um CAPS III se oferecia como suporte para outro, sem funcionamento 24 horas, em outra região da cidade. Contudo, o efeito do leito-noite em CAPS III parceiro não foi o esperado. Avalia que a falta permanente de vagas nestes serviços e a descontinuidade do cuidado pela equipe de referência foram os maiores problemas.

No acolhimento dos casos mais graves, o desconhecimento do caso deixava a equipe vulnerável e os usuários queixavam-se do desconhecimento do lugar e da equipe que os acolhia. Aponta também para a escassez de trabalho e intervenções na linha da reinserção

social, da participação da família e da comunidade nestas situações. Depois desta experiência, com muita mobilização e debate, a cidade de Belo Horizonte reformulou a assistência, passando a compor apenas com serviços 24 horas, apoio do SAMU para emergências e o Serviço Noturno de Urgência (SUP). Sobre a hospitalidade noturna, para Souza (2008):

“(…) antes de ser um dispositivo para manejar com sintomas graves – observação contínua, atenção contínua ao sintoma psiquiátrico – é uma forma de lidar e possibilitar saídas para um sujeito em ruptura com seu laço social, um sujeito que se tornou estrangeiro em sua própria casa, que irrompeu de falar outra língua, que não tem documento ou visto e, em muitas situações, não porta nem um nome próprio.” (p.9)

Os serviços em BH funcionam em rede e o SUP fornece retaguarda para o acolhimento noturno nos CAPS da cidade e mostram aspecto interessante em função da persistência e gravidade das crises que possam ocorrer:

“Há casos muito graves ou nos quais a crise se arrasta durante dias, com o usuário persistindo em risco, em que o SUP entra na composição do Projeto Terapêutico. São situações nas quais se verifica, pela experiência, que ultrapassam a capacidade de intervenção da equipe da hospitalidade ou a equipe local como um todo, esgotou, momentaneamente, seus recursos de manejo. Este usuário é, então, indicado para pernoitar no SUP por um ou mais dias. O SUP surge, assim, como um terceiro na relação do usuário com o Cersam, o que possibilita agregar um novo manejo, novas modelagens de continência da crise. Esta manobra ajuda a diluir o desgaste, abre um tempo de compreender, possibilitando a recomposição subjetiva de ambos, usuário e equipe, e a resolução da crise.” (p.14)

A tese de Jardim (2014) analisou o processo de Atenção à Pessoa em Crise realizada em um CAPS III da cidade de Aracaju. Tendo em vista a organização da RAPS da cidade,

se dedicou a estudar o conceito de Atenção à Pessoa em Crise e o caráter substitutivo dos CAPS III através de sua atuação. Os três eixos de análise escolhidos pela autora foram: cuidado, território e responsabilização, que segundo avalia, servem para guiar a construção das intervenções durante as crises.

Além dos CAPS III, a autora destacou a articulação com a Urgência Mental do Hospital São José, o SAMU e a Rede de Atenção Primária. Avaliou que a criação de redes é uma das chaves para cuidar em liberdade. Fazer alianças entre os serviços ainda é a melhor forma de garantir o cuidado em liberdade, diz que “fortalecendo também a relação com as famílias, a vizinhança, os companheiros dos usuários, trazendo-os para dentro do CAPS, fazendo do espaço um local acolhedor para todos” (idem, p.143).

Estudos reiteram, a noção de rede e território como elementos dos quais não podemos prescindir para pensar o acompanhamento dos casos, incluindo o acolhimento diurno e noturno. “Costuma-se denominar de rede as pessoas e as coisas com as quais esses sujeitos se relacionam e de território esse lugar que cada um de nós inventa para viver” (LEAL e DELGADO, 2007).

A compreensão de território, tão presente, vai além da dimensão da área de abrangência dos serviços, como áreas geográficas. Leal e Delgado (2007) conceituam território como lugar promotor de vida, de relações sociais e dos recursos disponíveis. O território seria o espaço onde se estabelecem as relações, devendo ser considerado também o modo como isto se dá. (Leal & Munoz, 2014).

Os autores colocam ainda que, as redes são as linhas que preenchem o território e garantem a possibilidade de circulação. Delimitar território e rede para condução dos casos nos serviços comunitários se mostra de suma relevância para um bom acompanhamento de pessoas com transtorno mental e devem ser sempre levados em consideração para a construção dos projetos terapêuticos (Leal & Munoz, 2014). Estes conduzem e organizam o cuidado e assim como as redes e territórios da vida, não são estáticos.

As situações de crise não ficam fora do escopo das situações tomadas pelos novos dispositivos, porém suas estratégias de cuidado, ainda aparecem sob pena de não obter êxito em suas propostas fundamentais. Isso porque, apesar da diversificação dos espaços e estratégias, algumas práticas manicomiais permanecem operando nos momentos de maior fragilidade que são os momentos de crise. A função estratégica do CAPS III no acolhimento dessas situações e seu papel articulador junto aos demais pontos de atenção da RAPS são tensionamentos que se fazem constantes para a garantia do acesso e a continuidade do cuidado no território.

A existência dos leitos, na perspectiva da hospitalidade em lugar da internação, o funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, equipe multiprofissional em maior número e sua localização geográfica facilitadora de circulação da população nos evoca o conceito de acessibilidade. O CAPS III é um dispositivo que tem como forte recurso para o acolhimento à crise sua característica de serviço comunitário e integrado à rede de atenção básica, negando a ideia de isolamento durante tanto tempo em voga no campo da psiquiatria. (Alves, 2009).

Vasconcelos, Machado e Oliveira (2013), propõem o cuidado singularizado como aspecto central para o cotidiano de trabalho nos CAPS III. Segundo os autores, a presença dos CAPS III motiva a construção de uma “clínica antimanicomial”, propondo a utilização das práticas para os novos serviços, com ênfase no cuidado individualizado e no contexto da cidade.

Os conceitos de acesso e acessibilidade apresentam-se de forma geral, na literatura do SUS para indicar tanto um direito como o grau de facilidade com que as pessoas recebem, quando necessitam, cuidados em saúde (Schmidt & Figueiredo, 2007).

Para Donabedian (1973), dois aspectos da acessibilidade merecem ser distinguidos: o sócio organizacional (características da oferta do serviço que podem facilitar ou dificultar os esforços do usuário em obter cuidado) e o geográfico (que trata do “isolamento espacial” do usuário, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para a obtenção do cuidado). Acessibilidade, aqui, refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

Nesta perspectiva, segundo Schmid & Figueiredo (2007), o acesso está diretamente atrelado ao acolhimento, pois é o desenho do serviço que potencializa ou não esse acesso, e o modo como o acolhimento é feito, é determinante para os desdobramentos do atendimento, pondo em marcha a tomada de responsabilidade do serviço para a continuidade do cuidado.

Costa e Minozzo (2013) escrevem um dos três artigos encontrados referentes ao CAPS III na cidade do Rio de Janeiro. O enfoque é o apoio matricial em saúde mental à ESF, descrevendo o início do processo de matriciamento com equipes da ESF e o CAPS III Maria do Socorro, na Rocinha, com ênfase nas situações de crise. Como resultados, reconheceram a coexistência dos modos asilar e psicossocial nas práticas da ESF. Sobre o modo psicossocial, identificou-se a valorização do vínculo entre profissionais e pacientes, a escuta e a troca e práticas que contemplam a compreensão do contexto em que as pessoas estão inseridas. Mas também foram identificadas concepções vinculadas ao modo asilar, com práticas que incentivam a hospitalização, a falta de contratualização com usuários e

familiares, dependência do saber médico e do medicamento. Sobre o acolhimento à crise pela ESF, os autores enfatizam que por se tratar de um CAPS III, o serviço pode funcionar como um dispositivo para auxiliar na discussão sobre abordagens possíveis da EFS na crise, através de uma agenda de apoio matricial e atitude ativa por parte do CAPS. Entendem que este recurso pode fortalecer a integralidade, longitudinalidade, acesso e coordenação de cuidado na ESF por sua articulação com os serviços especializados da saúde mental, como o CAPS III.

O estudo de Vainer (2016) sobre a demanda e utilização do acolhimento Noturno em um CAPS III na cidade do Rio de Janeiro, baseou-se na “concepção de que o CAPS III e o Acolhimento Noturno são propostas organizacionais estratégicas para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.” Dentre os resultados da pesquisa, estão a organização do serviço com funcionamento 24 horas e os arranjos institucionais, como o apoio matricial junto à Estratégia de Saúde da Família, a proximidade com o território e a porta aberta para o Acolhimento Noturno como estratégicos para o atendimento de demandas de alta complexidade e a responsabilização pelo cuidado.

Ainda em Vainer, o estudo chama a atenção para o curto tempo médio de permanência no Acolhimento Noturno do CAPS III, que ratificaria o perfil de cuidado contínuo e de proximidade entre o CAPS III e o usuário, demonstrando as intervenções ativas de apoio, suporte e referência deste tipo de CAPS para o usuário no território, apontando a pertinência de considerar os CAPS III como recurso estratégico para a saúde mental.

O estudo de Miranda e Onocko (2010) sobre as equipes de referência de CAPS III em Campinas/SP indica a articulação entre setores como uma estratégia de ponta para o cuidado. A sustentação de redes externas ao serviço é compreendida como uma importante dificuldade, no entanto, devido à escassez de recursos comunitários e à sobrecarga de trabalho dos profissionais. Apesar disso, o trabalho intersetorial é destacado como recurso para evitar a institucionalização dentro dos próprios CAPS.

Nesta perspectiva, destaca-se o CAPS III, objeto deste estudo, em função de seu diferencial em relação as demais modelagens de CAPS. Como os CAPS I e II, atendem a clientela com transtornos mentais graves, mas diferencia-se por características de sua organização como serviço. A existência de leitos, o funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, equipe multiprofissional em maior número possibilitam as articulações intersetoriais e a ampliação de recursos terapêuticos para o acolhimento às crises da clientela no território.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2011) foi estabelecida uma série de

prioridades e diretrizes - setoriais e intersetoriais - para lidar com a crise no âmbito da rede substitutiva de serviços de saúde mental, dando especial ênfase em atribuir principalmente aos CAPS III essa função e reafirmando a necessidade de ampliação do número destes serviços, considerando sua importância fundamental na implantação de um processo efetivo, que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado (SUS/CNS, 2010).

Dentre os objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destaca-se a promoção do acesso e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em pesquisa avaliativa em um CAPS da cidade do RJ no ano de 2006, Schmidt e Figueiredo apontam os três eixos - acesso, acolhimento e acompanhamento - como norteadores do trabalho e como três desafios para o cotidiano da Clínica em Saúde Mental e para o cotidiano dos CAPS. O acompanhamento como um dos maiores desafios do trabalho em saúde mental, é visto como um analisador da qualidade da assistência e aparece como um indicador que imprime qualidade à assistência. Goldberg (1996) afirma que, dada a reabilitação psicossocial como um processo, o serviço tem que prestar a *continuidade do cuidado* para que seus objetivos sejam possíveis, onde o que se coloca como questão de fundo é como o CAPS acompanha a trajetória de vida dos usuários, através de quais práticas assistenciais o acompanhamento do tratamento é realizado, e como se efetiva algum vínculo entre a clientela e a equipe.

Nesta direção, os CAPS III possuem um lugar estratégico na RAPS, em sua capacidade de acolher a crise no território, de maneira intensiva e integral, promover a continuidade do cuidado da clientela de sua referência e ampliar o acesso ao tratamento em saúde mental.

Entretanto, o desempenho adequado do conjunto de atribuições destinadas aos CAPS no âmbito das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) não é tarefa trivial (FAGUNDES, 2015). Analisando os resultados de uma pesquisa realizada em três Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro, Cavalcanti et al (2011) apontam para o acúmulo de funções das equipes e consideram que, em um grande centro urbano como o Rio de Janeiro, pode ser inviável que o profissional vinculado ao CAPS seja responsável, de forma satisfatória, tanto pelo atendimento no serviço quanto na comunidade. Uma consequência possível desta dificuldade pode ser o predomínio das atividades desenvolvidas com usuários dentro dos CAPS e a pouca integração com outros equipamentos sociais e de saúde.

Desta forma, a questão da implantação dos CAPS III é, portanto, um dos desafios atuais da RPB. Apesar da ampliação da cobertura e do quantitativo expressivo de CAPS, da composição de redes com outros dispositivos de cuidado, são proporcionalmente poucos os CAPS III em relação aos demais CAPS.

A densidade da implantação dos CAPS III, está entre os desafios e questões estratégicas que precisam ser equacionadas para continuidade e aprimoramento das mudanças no campo da saúde mental, pois apesar do crescimento significativo da quantidade de CAPS no Brasil, a expansão da modalidade III, não acompanha esta tendência. São proporcionalmente poucos os CAPS 24hs em relação aos demais CAPS, como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Participação Relativa do CAPS III no total de CAPS no Brasil (2006-2014)

Ano	Total CAPS	CAPS III (CAPS III e CAPS AD III)	Participação Relativa (%) *
2006	1010	38	3,76%
2007	1155	39	3,38%
2008	1326	39	2,94%
2009	1467	46	3,14%
2010	1620	55	3,40%
2011	1742	68	3,90%
2012	1937	99	5,11%
2013	2062	125	6,06%
2014	2209	154	6,97%

Fonte: Saúde Mental em Dados, Ministério da Saúde, Brasil, 2015.

*Cálculo realizado pela própria autora.

Este aspecto tem sido objeto de discussão entre os pesquisadores do campo nos últimos anos (Costa, 2011; Vasconcelos, 2010), apontando dificuldades no financiamento como maior impasse para execução do CAPS III, pelo seu funcionamento e estrutura de maior porte e complexidade, que exige maior custeio. Ainda que o país tenha bons indicadores de CAPS por 100 mil habitantes¹ ainda é baixa a presença de CAPS III, o que sugere um elemento importante para estudo do trabalho que esses equipamentos vêm ofertando, na medida em que se mantêm os hospitais psiquiátricos como retaguarda para as situações agudas.

Por seu potencial, é fundamental que nos dediquemos à tarefa de entendermos sua construção e efeitos no cotidiano da clínica.

1.1 Os CAPS no Município do Rio de Janeiro: breve contextualização

No contexto do Rio de Janeiro, apesar da baixa provisão no país, o município dá início à constituição de redes formadas por CAPS III, ainda que incipiente, dando seguimento à reforma da assistência disparada na década de 90, a partir das informações coletadas no censo realizado em 1995 dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos existentes na cidade², que apontava para um significativo número de pacientes em situação de longa permanência institucional e uma concentração da assistência nos equipamentos hospitalares, configurando-se como característica da assistência na cidade.

O censo contribuiu para o desenho da reorganização assistencial no município, seguindo a diretriz que orienta a construção de estruturas extra-hospitalares e a condenação do modelo asilar presentes na Declaração de Caracas, fruto da Conferência Internacional organizada pela OPAS/OMS, que teve importante papel na legitimação para a transformação da assistência em saúde mental no país e também no Rio de Janeiro. (FAGUNDES, 1997).

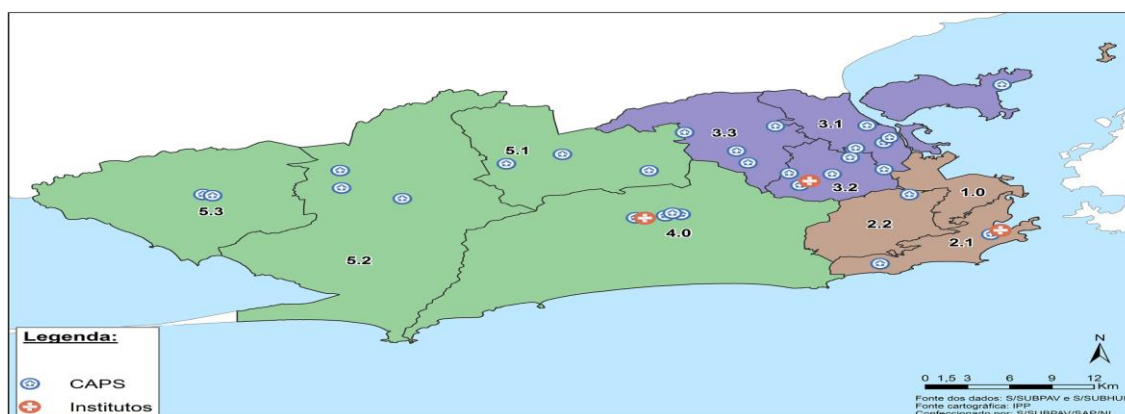
¹ O Ministério da saúde considera a cobertura populacional de CAPS muito boa acima de 0,70, boa entre 0,50 e 0,69 e abaixo de 0,49 regular/baixa, insuficiente ou crítica.

² Esta estrutura hospitalar foi em parte herdada do governo federal (três unidades municipalizadas, a partir de 1996) e em parte fruto da intensa política de privatização das décadas de 1960 e 1970. No ano de 1995, o número de leitos psiquiátricos totalizava 5.636 sendo, 2.958 destes leitos privados contratados pelo SUS (FAGUNDES, 1997).

O censo foi o ponto de partida para a reorganização, definindo onde seriam implantados os primeiros CAPS na cidade.

O planejamento inicial previa a criação de pelo menos um CAPS em cada área, onde cada serviço seria responsável pelo atendimento de até cento e cinquenta pessoas e suas famílias. Passados os primeiros anos de CAPS na cidade, essa cobertura populacional precisou ser redefinida, de modo que assumissem a responsabilidade plena do território que estava localizado, realizando o agenciamento da demanda espontânea. Em algumas áreas há mais de um CAPS, com exceção da AP 1.0, que ainda não conta com esse tipo de serviço, conforme figura 1 que mostra distribuição espacial dos CAPS no ano de 2017 e os três institutos de saúde ainda existentes.

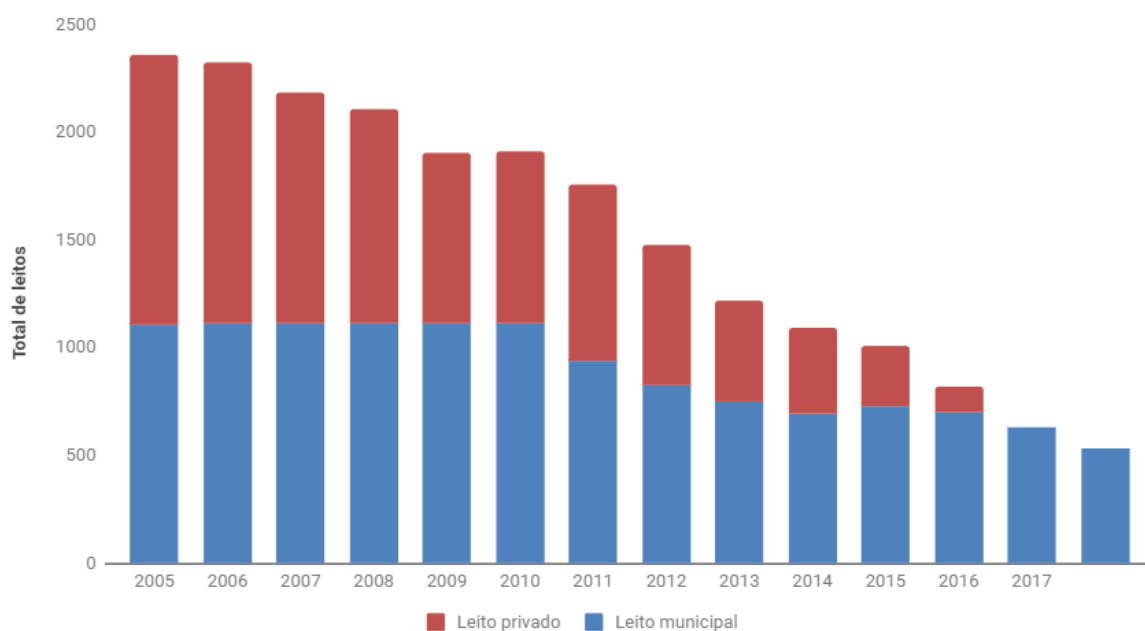
Figura 1: Mapa da cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP), Institutos e CAPS.



Nesse contexto, o município tem realizado um desmonte paulatino do importante conjunto de leitos em hospitais psiquiátricos constituído na cidade, consolidando-se como política municipal efetiva a partir de 1996, com a implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial. A assistência em saúde mental no município foi se configurando por serviços CAPS tipo II e ainda uma grande concentração de leitos em hospitais psiquiátricos, em unidades próprias ou em clínicas conveniadas. Entre 2015 e 2016, foram realizadas ações intensivas de qualificação dos processos de desinstitucionalização dos pacientes que se encontravam ainda internados, consequência de uma mudança nos processos de trabalho

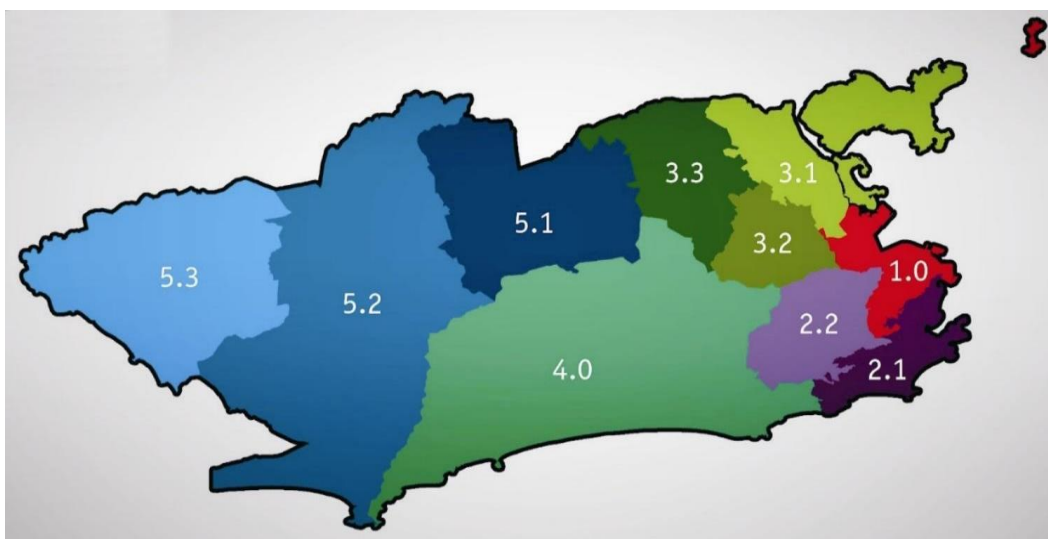
junto aos leitos próprios do município, com efeitos na redução dos leitos psiquiátricos e o fechamento, em novembro de 2016, de todos os leitos contratados pelo SUS. Foram encerrados os convênios com as clínicas conveniadas e com eles as internações no Instituto Dr. Spínola, Sanatório Rio de Janeiro, Hospital Pedro de Alcântara, e Hospital de Custódia Heitor Carrilho. Alguns pacientes tiveram alta e uma porcentagem deles foi transferida para os leitos próprios do município do RJ, dando prosseguimento a um intenso trabalho de desinstitucionalização.

Gráfico 1 - Número de leitos psiquiátricos (municipais e privados) no município do Rio de Janeiro por ano (2005 a 2018)



Nessa perspectiva, a cidade vem passando por transformações importantes nos modos de cuidar no campo da saúde mental, com avanços na implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial nas áreas Programáticas de Saúde da cidade que são organizadas em dez distritos, conforme figura 2.

Figura 2: Mapa da Cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP)



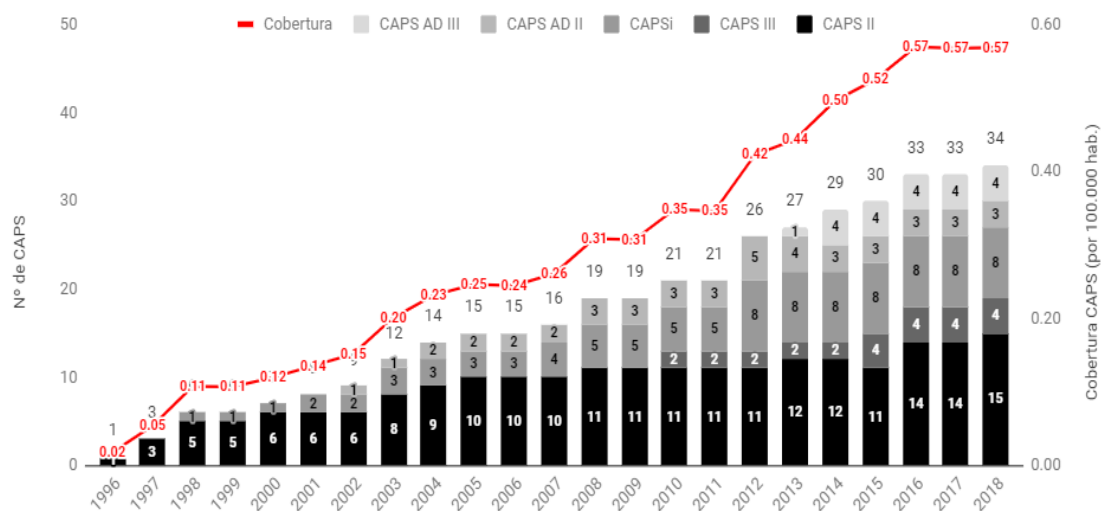
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

As dez áreas programáticas de saúde (AP), respondem por regiões administrativas delimitadas: AP 1.0 (Zona Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa), AP 2.1 (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha), AP 2.2 (Tijuca e Vila Isabel), AP 3.1 (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Maré), AP 3.2 (Inhaúma, Méier, Jacarezinho e Irajá), AP 3.3 (Madureira, Anchieta e Pavuna), AP 4.0 (Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus), AP 5.1 (Bangu e Realengo) AP 5.2 (Campo Grande e Guaratiba) e AP 5.3 (Santa Cruz). A distribuição espacial pode ser vista no mapa acima.

A respeito da ampliação de CAPS na cidade, até 2009 havia dezesseis CAPS II instalados no município, sendo onze CAPS II de adulto, quatro CAPSi (infanto-juvenil) e dois CAPS II AD (álcool e drogas). A partir daí, foram implantados quinze novos Centros de Atenção Psicossocial, e, somente em 2010 foram inaugurados os dois primeiros CAPS III, construídos nos bairros em que se realizavam as obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

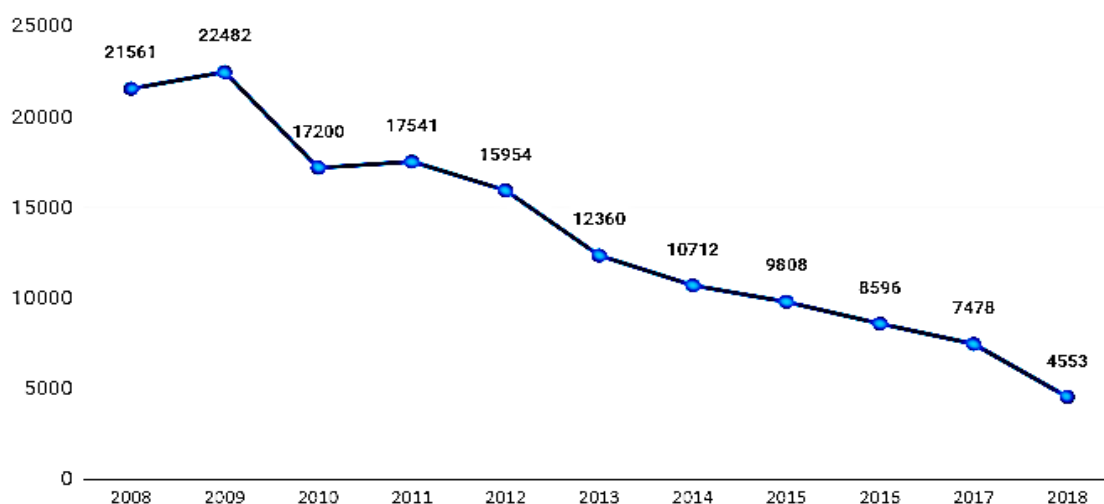
Atualmente, a rede é composta por trinta e quatro CAPS, sendo dois CAPS do Estado e um CAPS Federal. Para o cálculo de cobertura populacional de CAPS, estes serviços foram considerados. O gráfico 2 indica a série histórica do índice de cobertura populacional de CAPS no município (0,60) e a implantação dos CAPS ao longo dos anos de 1996 a 2018.

Gráfico 2 - Implantação e taxa de cobertura populacional de CAPS no município do Rio de Janeiro.



A partir dos dados públicos disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro através do Tabnet municipal, o Gráfico 3 aponta o número de AIH de Longa Permanência de janeiro de 2008 a setembro de 2018 em instituições privadas e públicas. Tais dados apontam uma diminuição ao longo desses anos no número de AIH, o que indica que houve redução no número de internações de longa permanência.

Gráfico 3 - Internações Hospitalares (SUS), Tipo de AIH de Longa Permanência em Psiquiatria - Período: JAN/2008 a SET/2018



Fonte: Tabnet municipal/RJ, a partir de dados do Ministério da Saúde/DATASUS.

Ao mesmo tempo, tivemos uma ampliação das Residências Terapêuticas e dos recursos já existentes no município. Os Serviços Residenciais Terapêuticos, regulamentados pelo Ministério da Saúde³, representam importante recurso para reforma, e vem promovendo a desinstitucionalização das pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos do município e conseqüentemente, ajudando-os no cotidiano da vida na cidade. Atualmente no município do RJ, temos mais usuários morando em Residências Terapêuticas do que internados em hospitais psiquiátricos (511 moradores em RT e 202 pacientes internados em unidades municipais).

O gráfico 4 e a tabela 2 a seguir, demonstram a expansão das Residências Terapêuticas nos últimos 19 anos no município, além do número de pacientes desinstitucionalizados.

³ Portaria 106/2000. Em 2011 foi publicada a portaria nº 3090 que amplia a portaria nº 106/2000 e dispõe sobre o custeio mensal para implantação e implementação dos SRTs, bem como a sua tipologia, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Gráfico 4 - Número de Serviços Residenciais Terapêuticos no município do Rio de Janeiro de 1998 a 2018

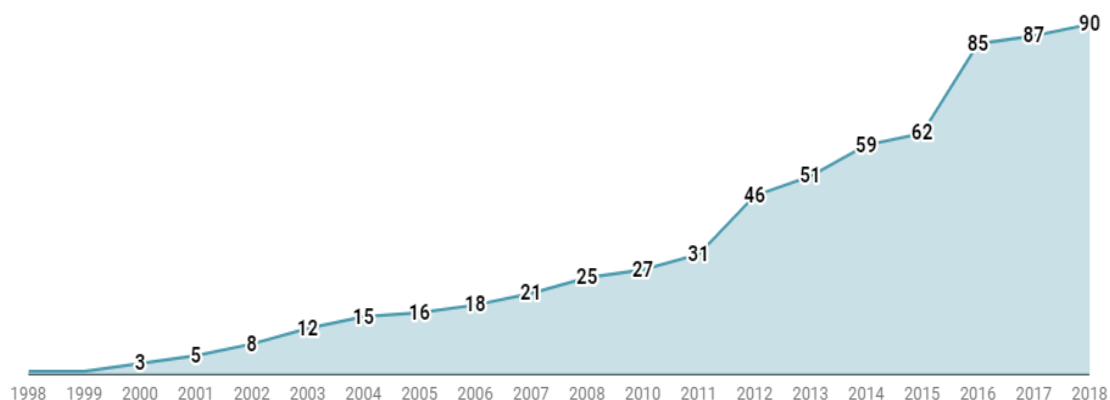


Tabela 2 - Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e número de recursos no município do Rio de Janeiro

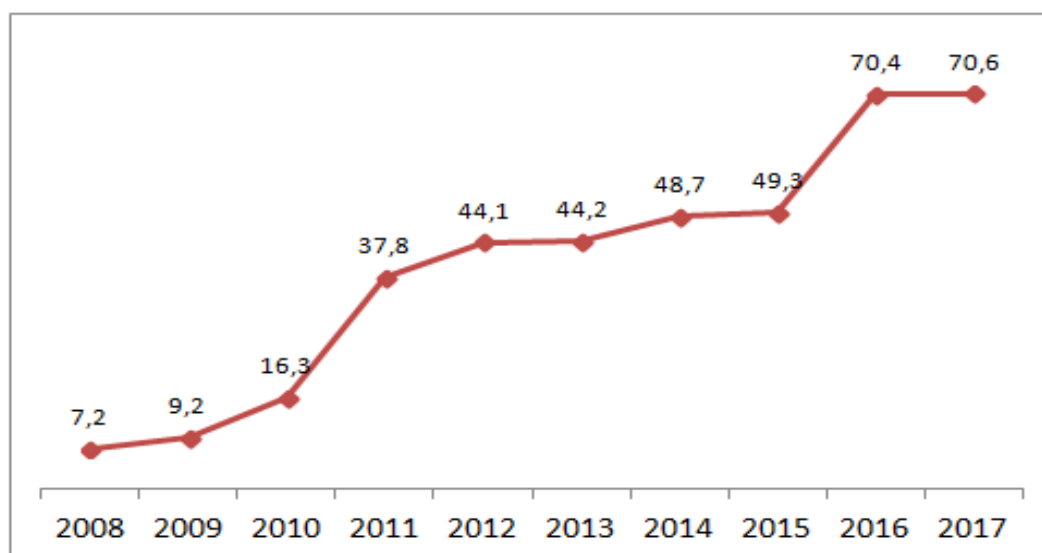
Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
RT implantadas, por ano	1	0	2	2	3	4	3	1	2	3	4	2	4	15	5	8	3	21	2	5		
Total de RT Implantadas	0	3	5	8	12	15	16	18	21	25	27	31	46	51	59	62	85	87	90			
Recursos em RT, por ano	0	10	10	12	20	17	4	8	14	24	11	23	113	29	51	19	112	9	16			
Total de recursos em RT	6	6	16	26	38	58	75	79	87	101	125	136	159	272	301	352	371	483	495	511		

Fonte: Fonte: S/SUBHUE/SSM/SMS/RJ

Em 2013 foram estabelecidos os leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, totalizando na atualidade 54 leitos. Junto a esses serviços, foi sendo planejada a rede de saúde mental, com a diversificação dos pontos de atenção à saúde, que vai paulatinamente substituindo a excessiva rede hospitalar, que caracterizava a assistência municipal. Esses pontos de atenção vêm se expandindo no âmbito da cidade, constituindo junto aos CAPS, uma rede ampliada de cuidados.

A expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família a partir de 2009 no município, também pode ser considerada um fator importante para ampliação dos cuidados de saúde e saúde mental de base comunitária. Abaixo, segue gráfico com estimativa em % de cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de 2008 a 2017. Os dados são da SMS/RJ, acessível na Plataforma Online da SUBPAV.

Gráfico 5 - Estimativa em % de cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de 2008 a 2017



Porém, apesar da extensiva redução de leitos psiquiátricos nos últimos anos e do número de internações e da ampliação da RAPS, ainda é grande o número de internações em hospitais psiquiátricos da cidade, evidenciando frágil implantação dos dispositivos de base comunitária com acolhimento noturno e de leitos localizados em hospitais gerais. Segundo dados coletados da planilha preenchida pelos hospitais, referente ao censo hospitalar da secretaria de saúde do Rio, é considerada alta a taxa de ocupação dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Fagundes e colaboradores (2015), em um estudo sobre o balanço da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro, defendem “a construção de uma rede de atenção às crises

mais graves, em dispositivos localizados em hospitais gerais e em serviços comunitários com leitos (CAPS modalidade III)”.

Embora o município experimente uma implantação de CAPS 24 horas em algumas áreas programáticas (AP), ainda são poucos para efetivação da sua função estratégica de substituição das internações em hospitais psiquiátricos e acompanhamento das crises no local onde vivem as pessoas. Dos oito CAPS tipo III implantados na cidade com leitos de acolhimento com funcionamento nas 24 horas do dia, quatro são voltados para os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e quatro para portadores de outros transtornos mentais, dispendo de oito a dez camas para hospitalidade noturna para atenção às crises, totalizando 72 leitos. A ampliação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial é indispensável e consiste em um dos principais desafios para a gestão municipal.

As experiências pioneiras com CAPS dessa modalidade ocorreram somente nos primeiros três meses do ano de 2010, quando foram inaugurados os dois primeiros CAPS III da cidade, o CAPS III Maria do Socorro, na comunidade da Rocinha, na área programática 2.1, e o CAPS III João Ferreira da Silva Filho, no Complexo do Alemão, na área programática 3.1. Os dois serviços foram construídos na ocasião das obras federais do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em bairros onde estes investimentos de urbanização e habitação foram realizados concomitantemente aos investimentos de implantação da Estratégia de saúde da Família (ESF) como modelo para atenção primária da cidade.

Este estudo se justifica pelo próprio surgimento destes CAPS na cidade, que apesar da baixa cobertura dessa modalidade, vem dando novos rumos à assistência prestada na rede, por sua capacidade de atender a crise no território, de maneira intensiva e integral, ampliando o acesso ao tratamento e o acolhimento das demandas. E pela importância de registrarmos questões de relevo para o atendimento na comunidade, a partir dos processos de trabalho estabelecidos pelas equipes no que tange o acompanhamento dos casos, de forma a promover a continuidade do cuidado de sua clientela de referência.

Contudo, embora a estrutura de um CAPS esteja prevista em portaria, e favoreça o cuidado contínuo e integral, sua identidade se forja a partir da relação com o território e a rede existente nele. Tendo em vista essa perspectiva, se faz necessário entender em qual contexto ele se insere para construir sentido sobre a sua atuação.

Tomando o CAPS III João Ferreira como ponto de partida para este estudo, questões referentes a sua implantação e os processos de trabalho desenvolvidos em rede, serão abordados nos próximos capítulos.

1.2. O contexto da implantação: a cidade do Rio de Janeiro e o Complexo do Alemão

O contexto de implantação de um CAPS III no Complexo do Alemão se deu em meio a um cenário de extrema tensão e violência que o Rio enfrentava. Nas últimas décadas, a cidade do Rio de Janeiro tem vivido o aumento da violência urbana, principalmente por conta do tráfico de drogas e seus efeitos nefastos no cotidiano da cidade, que em 2010, estava vivendo uma onda de ataques de facções criminosas.

Desde meados dos anos 1990, em decorrência da violência urbana, o Rio vem conquistando espaço na imprensa nacional e internacional. A cidade apresenta índices elevados de criminalidade, em especial, o homicídio.^[19] Até o ano de 2007, na região metropolitana contabilizavam-se quase 80 mortos por semana - a maioria vítimas de assaltos, balas perdidas e do narcotráfico.^{[20][21]} Entre 1978 e 2000, 49.900 pessoas foram mortas no Rio, mais do que em toda a Colômbia no mesmo período.^{[22][23]}

É uma cidade de fortes contrastes econômicos e sociais, apresentando grandes disparidades entre ricos e pobres. Embora classificada como uma das principais metrópoles do mundo, uma porção significativa dos 6,1 milhões de habitantes da cidade vive em condições de pobreza. A maioria de seus numerosos subúrbios é composta por favelas, aglomerados urbanos normalmente construídos sobre morros, onde as condições de moradia, saúde, educação e segurança são extremamente precárias, como é o caso do Complexo do Alemão, que já foi considerado um dos lugares mais violentos da cidade e, de acordo com o último censo do IBGE (2000), seu IDH era de 0,711, ocupando o 126º lugar, vale dizer, o último, bem abaixo da média municipal de 0,960.

Quando falamos em Complexo do Alemão, estamos nos referindo a um conjunto de favelas localizado na Serra da Misericórdia na Zona Norte da Cidade, cortada por um vale, formando dois maciços montanhosos. Uma montanha é conhecida como “Morro do Alemão” e a outra “Alvorada”. Entre as duas montanhas encontramos um extenso vale conhecido como a “Grotta” (COUTO E IMANISHI, 2013).

Esse Complexo tem como núcleo o morro do Alemão, que se estende pelos bairros vizinhos de Ramos, Higienópolis, Olaria, Inhaúma e Bonsucesso. Fica localizado na AP 3.1, Área Programática que abrange a zona da Leopoldina e Ilha do Governador. A AP 3, território dos tradicionais subúrbios surgidos ao longo das estradas de Ferro Central do Brasil e Leopoldina, é de longe onde se localiza o maior contingente de moradores em

favelas, totalizando mais de 650 mil habitantes nessa situação. Relativamente próxima do centro de negócios e empregos e, em passado recente, concentrando muitas indústrias, sempre atraiu as classes trabalhadoras, por suas vantagens locais.

Das dez maiores favelas da cidade em número de habitantes, sete estão nessa área, incluindo o Complexo do Alemão, com 60.583 habitantes, segundo o último censo em 2010. As primeiras ocupações do território do Complexo do Alemão remontam aos anos 1920. Sua história começa quando o imigrante polonês Leonard Kaczmarkiewicz fez a aquisição das terras localizadas na Serra da Misericórdia, na época considerada como uma região rural, da Zona da Leopoldina. O proprietário era conhecido pela população local como “Alemão” devido à sua aparência. Daí se referirem ao local onde vivia como sendo o morro do Alemão.

Nesse período havia uma população rarefeita, formada por pequenos produtores rurais das fazendas existentes no local. Os moradores mais antigos do Complexo do Alemão relatam a paisagem rural, com nascentes, plantações e criação de animais. As primeiras moradias urbanas surgiram através do loteamento na encosta do morro que deram origem a favela da Grota e do Morro do Alemão. O terreno do “Alemão” foi aos poucos sendo loteado e vendido para quem procurava moradia barata na Zona Norte (COUTO E IMANISHI, 2013).

Em meados do século passado, estimulados pela oferta de emprego nas indústrias que foram sendo implantadas na região (Fábrica da Coca Cola, Fábrica de tecidos Nova América, Klabim, etc.) chegavam à favela, novos imigrantes e moradores. A abertura da Avenida Brasil, em 1946, acabou por transformar a região no principal polo industrial da cidade. Entre eles, figurava o Curtume Carioca, que chegou a ser um dos maiores fabricantes de couro do continente e cuja implantação no local chegou a ser notícia dos jornais em 1942. A companhia atraiu famílias de operários e ajudou a fixar os primeiros moradores do morro.

A partir dos anos 1980, o número de habitantes foi crescendo de forma desordenada e surgiram nesse período várias favelas. Com o passar do tempo as fábricas foram fechando e a região começou a decair economicamente. Muitos moradores do Complexo do Alemão trabalhavam nessas fábricas e ainda moram por lá.

Porém, é nessa mesma época que houve a invasão do tráfico neste local, o que espantou os negócios da região, também afetada pela entrada da cocaína nos morros cariocas. Na década de 90, o histórico de violência ganhou um novo capítulo, com a morte do dono do comércio de drogas no Complexo do Alemão, assassinado por um bando rival, pertencente à outra comunidade do complexo. Desde então, esse território tem vivido conflitos armados persistentes.

O território do Alemão passou a ser dividido e loteado por facções do tráfico, mudando a dinâmica da comunidade, que passa a ser comandada por leis do poder paralelo. O Morro do Alemão se transformou em uma verdadeira fortaleza impenetrável. Moradores viviam como em um cárcere privado, reféns das ordens e regras de um poder paralelo. Não existia acesso às condições básicas de existência, como saúde, educação, segurança, saneamento básico, lazer etc.

Em 2010, o Complexo do Alemão era considerado pelas forças policiais, o grande reduto do tráfico no Rio de Janeiro, para onde os bandidos mais perigosos iam quando não queriam ser “incomodados” pela polícia. Naquela época, os Complexos da Vila Cruzeiro e do Alemão eram considerados o “Quartel General” do Comando Vermelho, onde, frequentemente, se reuniam os traficantes para deliberarem sobre toda a sorte de crimes, como sequestros, atentados a ônibus, homicídios, extorsões, além dos chamados “bondes”, em que os traficantes saíam em comboios de carros, principalmente durante as madrugadas, praticando roubos.

As principais vias de acesso eram frequentemente interditadas por traficantes, que bloqueavam o trânsito, fazendo com que os ônibus ocupassem todas as vias, ou mesmo parando abruptamente os carros que faziam parte do “bonde”, em busca, inicialmente, de policiais a fim de matá-los, além de praticar os roubos costumeiros. Tiros de fuzil eram habituais.

O caos havia tomado conta da cidade e, em menos de 24 horas, mais de trinta veículos eram incendiados por criminosos. O motivo da onda de ataques que assolava a cidade, que se intensificava diariamente com inúmeros veículos incendiados por toda a parte, foi a instalação das UPPs – Unidades de Polícia Pacificadora em comunidades carentes do Rio.

Nessa mesma época, o Complexo do Alemão passou a receber investimentos do PAC. Foram realizadas diversas obras de infraestrutura urbana (saneamento, iluminação e alargamento de ruas) e melhorias para a comunidade. Com as verbas do PAC foi construído também o sistema de teleféricos com cinco estações (Adeus, Baiana, Itararé, Fazendinha e Alemão). Destaca-se ainda, a ampliação da Atenção Primária de Saúde que a cidade estava vivendo. Na AP 3.1, houve o investimento nas clínicas da família, além da criação da UPA 24 horas.

No mesmo ano o complexo foi tomado pelas forças de pacificação. Porém, a violência urbana não acabou com a entrada das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP). O território do Alemão dividido e loteado por facções do tráfico foi unificado pelas forças de

pacificação, mas a história de violência urbana dos últimos anos ainda vive presente na memória e no dia a dia dos moradores.

1.3 – Área Programática de Saúde – AP 3.1 e o CAPS III João Ferreira

O CAPS III JF fica localizado na Área Programática (AP) 3.1, na Zona Norte da cidade, no bairro de Ramos, precisamente em uma via de grande circulação, que faz ligação entre os bairros de Ramos e Bonsucesso, que corta o conjunto de favelas do Alemão. Nessa área programática da cidade, segundo o último censo demográfico do IBGE (2010), há uma população estimada em 886,551 habitantes, e uma área geográfica de 85,36 km², o que corresponde a uma alta densidade demográfica de 10.386 hab/km². Também é nesta AP, que se encontram alguns dos bairros mais pobres da cidade segundo dados fornecidos pelo Instituto Pereira Passos (OLIVEIRA, 2015) e, um percentual grande de área ocupada por favelas com alto índice de violência causada pela forte presença do tráfico de drogas. Alguns dos piores níveis do IDH do município do Rio de Janeiro estão em bairros da AP 3.1, entre eles Manguinhos, Complexo da Maré e Complexo do Alemão (com renda per capita menor ou igual a R\$ 200).

A AP 3.1 teve como maior vetor indutor de crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina. A área fica localizada na região norte do município e está situada entre a Baía de Guanabara e a Serra da Misericórdia, abrangendo desde o bairro de Bonsucesso até o bairro de Jardim América, incluindo a Ilha do Governador e a Ilha do Fundão (OLIVEIRA, 2015).

A área é marcada pela heterogeneidade entre os bairros e comunidades, alguns apresentando melhores condições de vida que outros, como o Jardim Guanabara na Ilha do Governador, mas todos convivendo com os problemas típicos das grandes metrópoles brasileiras, como a violência e a criminalidade, dificuldades e diferenças no acesso e consumo de serviços de saúde, superpopulação, pobreza, desigualdades sociais, grandes áreas com fragilidades urbanas (saneamento, transporte, precárias condições habitacionais, crescimento desorganizado, etc.), carência de áreas verdes e espaços culturais, esportivos e de lazer.

O plano diretor construído em 2002 subdividiu a AP em três subsistemas: Leopoldina Sul (Ramos, Olaria, Bonsucesso, Manguinhos, Complexo da Maré e Complexo do Alemão); Leopoldina Norte (Jardim América, Penha, Penha Circular e Brás de Pina); Ilha do

Governador (Bairros da Ilha do Governador) e a rede de atenção à saúde nesta área seguiu esta organização e era composta até então, por CMS, Policlínicas, CF, hospitais gerais, dois infantis, um hospital universitário, maternidade e um instituto de infectologia.

O CAPS III João Ferreira chega a AP 3.1 na mesma época que as Clínicas da família de sua área e a UPA estavam sendo inauguradas, totalizando 20 Equipes de saúde da família em seu território, todas localizadas na mesma via. Nessa época, houve um incremento progressivo de cobertura da ESF na AP 3.1, que ao final de 2010, já contava com 106 equipes, sendo que dessas, 57 eram novas. A cobertura da Estratégia da Saúde da Família na AP 3.1 em 2011 triplicou em relação a 2008. O ano de 2011 terminou com 130 equipes cobrindo todo o território (Relatório de Gestão CAP 3.1, 2011).

A Expansão da Estratégia de Saúde da Família na AP 3.1 em 2011, considerando apenas o número de famílias cadastradas no SIAB, representou um aumento de 97% em relação ao ano de 2010 e 146% em relação ao ano de 2009. Atualmente, a área tem 100% de cobertura da ESF.

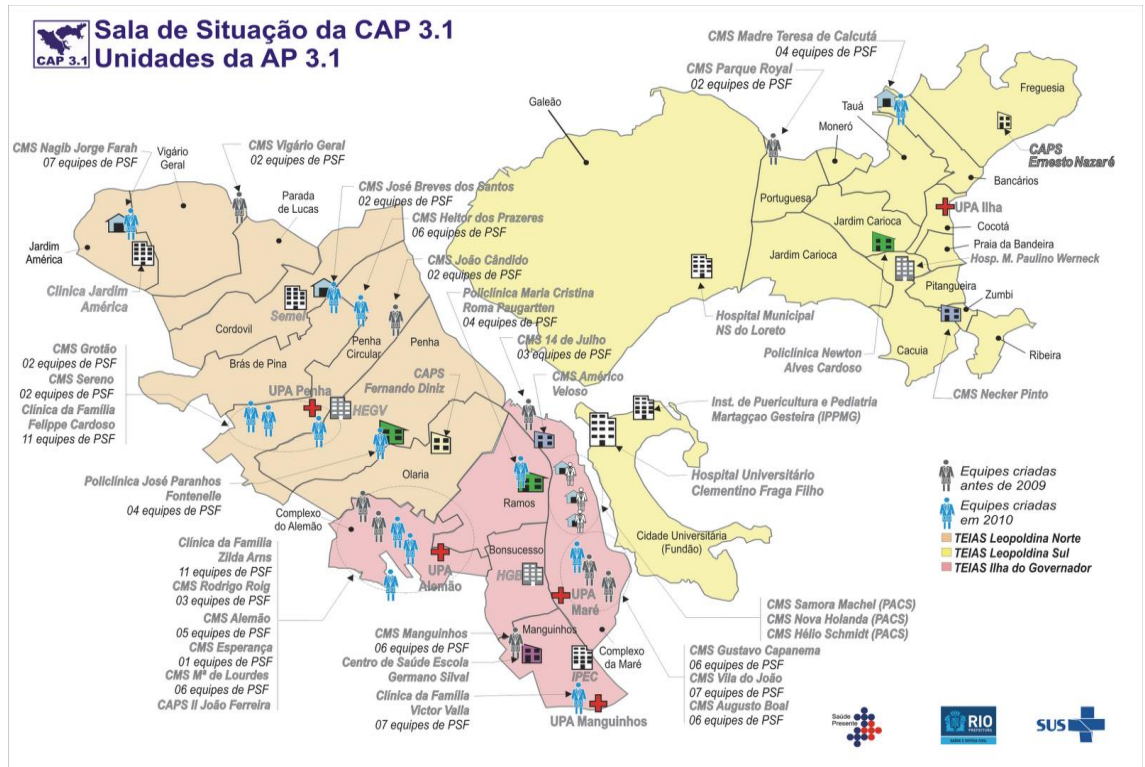
O CAPS III passa a compor a rede de CAPS da AP 3.1, composta por dois CAPS II.⁴ Durante muitos anos, os CAPS II Fernando Diniz, em Olaria, e o CAPS II Ernesto Nazareth, na Ilha do Governador, se responsabilizaram pela totalidade das demandas de saúde mental desta região em conjunto com os ambulatórios existentes.

Em 2013, a área passou a contar com o Hospital Municipal Evandro Freire na AP 3.1, e o Hospital Municipal Ronaldo Gazola na AP 3.3, para o acompanhamento hospitalar de pacientes da saúde mental com intercorrências clínicas ou complicações de quadros relacionados ao uso de álcool e outras drogas, configurando em cada uma das unidades quinze leitos de saúde mental em hospital geral.

A figura 3, apresenta a rede de saúde da AP 3.1, com a distribuição das unidades por região.

⁴ O CAPSi Visconde de Sabugosa, em Ramos, foi inaugurado em 2012 e o CAPS AD III Miriam Makeba, em Bonsucesso, em 2014. Estes dois serviços devem ser referência para toda a AP nos casos graves de transtorno mental para infância e adolescência e usuários de álcool e drogas, respectivamente.

Figura 3: Rede de saúde da AP 3.1



Fonte: Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde / SMS-RJ

Essa breve apresentação serve apenas de parâmetro introdutório para entendermos em que contexto o CAPS III foi implantado, para então, entrarmos no campo da pesquisa.

CAPÍTULO II: GESTANDO O CAPS III JOÃO FERREIRA

2.1 – A Implantação

O CAPS III João Ferreira é um CAPS que nasce do esforço da ampliação e consolidação da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro. Em 2009, a subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde, resolve lançar editais de chamamento de Organizações Sociais (OSS), para parceria de Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro, por áreas de planejamento (AP).

A área de planejamento 3.1 foi dividida em duas. Uma área na região de Manguinhos que ficou, por um compromisso com a fundação Oswaldo Cruz, em cargo da Fundação de Apoio Oswaldo Cruz (FIOTEC). Não houve propriamente um processo seletivo e sim um compromisso entre as duas partes, com relação ao que seria um distrito ou um modelo de experiência específico, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz em relação ao território e, o restante da AP 3.1, foi lançado um processo seletivo na qual a Organização Social Viva Rio ganhou.

Dentro deste processo seletivo, tinha uma rubrica de Atenção Psicossocial, onde estava previsto a implantação de um CAPS III no Complexo do Alemão. Foi uma grande estrutura construída pelo PAC das favelas (PAC do Alemão) pensada inicialmente para ser uma UPA, o CAPS e uma unidade de especialidades, e modificada pela Secretaria de Saúde (SUBPAV), que decidiu incluir uma clínica da família no projeto, ficando assim a estrutura montada com uma UPA, o CAPS III e uma Unidade de Atenção Primária – ESF.

Dentro deste modelo, foi feito um escopo, com desenho e previsão de recursos orçamentários para a implantação deste CAPS. Esses recursos vêm, a princípio, da fonte cem do município (da fonte própria do município) que estava fazendo a expansão da atenção primária na cidade.

Tão logo o Contrato de Gestão foi firmado entre o Município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil – SMSDC - e o VIVA COMUNIDADE, foi dado início ao processo de implantação das unidades, o que incluiu o CAPS III João Ferreira, com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito da Área de Planejamento 3.1.

A implantação de um serviço de base territorial no Complexo do alemão, com funcionamento 24 horas nos 7 dias da semana, não foi uma tarefa fácil e colocou em cena os desafios de se pensar modos de produção de acesso ao cuidado, em meio à uma onda de confrontos frequentes entre traficantes e policiais. Foi necessário elaborar estratégias para garantir acessibilidade da comunidade ao serviço e do serviço à comunidade, em um território historicamente marcado pela violência e ausência de políticas públicas.

O momento de criação do CAPS III JF concentrou um conjunto de discussões sobre os modos de pensar a produção da rede no território de forma a viabilizar a superação do manicômio como paradigma institucional e sociocultural. As redes e serviços substitutivos no território, orientados pelas diretrizes da reforma, dentro do contexto das políticas locais de saúde mental, têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura (NICÁCIO et al. 2004).

Na perspectiva de implantação de uma rede efetivamente substitutiva, torna-se fundamental produzir o CAPS III como serviço territorial, assumindo a responsabilidade pelo cuidado integral da demanda, que diferente de deslocarmos “o *locus* de intervenção, exige a ruptura com os muros institucionais, mas também, com os muros que se produzem cotidianamente nas formas de conhecer e de interagir com a demanda” (Nicácio et al. 2004).

Nessa proposta, as ações devem estar dirigidas para o território, com base na intersetorialidade e em novas formas de compor o trabalho da equipe e o cotidiano institucional e, sobretudo, na produção de uma prática terapêutica centrada no usuário e orientada para o “enriquecimento de sua existência global, complexa e concreta” e para propiciar sua efetiva participação nas trocas sociais (ROTELLI et al. 1990, p.36). A presença de um CAPS no território deverá propiciar o “acompanhamento dos diferentes momentos dos processos dos usuários, incluindo a atenção às situações de crise na continuidade dos percursos terapêuticos.” (NICÁCIO et al. 2004)

Para tanto, a complexidade das situações presentes no cotidiano do Complexo do Alemão, relacionadas ao contexto diário de guerra, com conflitos armados permeando fortemente esse território, cercado de medo, violência e pobreza, nos colocam em uma direção na qual devemos considerar, para abertura desse dispositivo, seus aspectos

estruturais, sociais e territoriais, entendendo que embora a estrutura de um CAPS esteja prevista em portaria, a sua identidade se forja a partir da relação com o território e a rede existente nele.

Diferentemente de um percurso linear de execução de objetivos, tratava-se de operar com a perspectiva de “processo social complexo:” processo singular, conflitivo, contextualizado, multidimensional, em aberto, em diálogo com a realidade na qual se age, que implica os diversos participantes como protagonistas e atores da transformação (ROTELLI et al., 1990).

A primeira experiência como essa, como já foi dito, datava de um mês antes à inauguração do CAPS João Ferreira, quando foi inaugurado o primeiro CAPS III da cidade do Rio de Janeiro, na comunidade da Rocinha, zona sul do Rio de Janeiro (Área Programática 2.1). As duas unidades foram gestadas na mesma ocasião e desenho estrutural que contemplava três unidades de saúde em um mesmo complexo arquitetônico, e em meio a comunidades carentes.

Uma unidade nada convencional diga-se de passagem, tratava-se de um CAPS em meio a um contexto novo para a rede do município do RJ, no que diz respeito ao desenho estrutural e à proximidade com outros dispositivos de saúde importantes para o cuidado e acompanhamento dos usuários, a dizer uma UPA e uma Clínica da Família, lado a lado, dividindo a mesma estrutura, localizados bem no centro da principal via que corta o Complexo do Alemão, com frequentes conflitos armados e violência urbana. Uma espécie de complexo, integrando dois projetos, em espaços separados, mas com via de acesso e entrada comuns, contendo em sua área externa, uma Academia Carioca - projeto de promoção à saúde da atenção primária.

Considerando esses aspectos, destacamos três momentos iniciais, definidos como etapas da implantação, que foram fundamentais à organização do serviço para abertura à comunidade e para o funcionamento nas 24 horas do dia.

2.1.1 - Primeira etapa: seleção dos profissionais para montagem da equipe

O processo de implantação do CAPS III João Ferreira teve início com a contratação dos profissionais para atuação no serviço, de acordo com edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo. O edital, previa a seleção e contratação de profissionais de nível médio e superior, além de profissionais para copa (copeiros), equipe de limpeza, de

vigilância e de apoio administrativo.

O processo seletivo foi realizado em parceria entre a Organização Social, coordenação de saúde mental e direção do CAPS e contou com avaliação de currículo e entrevista, realizada em um primeiro momento na sede da Viva Rio/ Viva Comunidade, até que fossem selecionados técnicos para compor uma equipe mínima para abertura do serviço. Os critérios para a seleção incluíram, preferencialmente, disponibilidade para trabalhar em áreas de risco e violência urbana e de grandes vulnerabilidades, além de experiência no campo da saúde mental e qualificação para cuidados clínicos para as categorias de enfermeiro e técnico de enfermagem, considerando o acolhimento noturno. Embora a experiência em saúde mental tenha sido um critério relevante para a seleção, não foi tomado como item eliminatório.

O conhecimento e proximidade com o território do Alemão e, experiência no campo da Atenção Primária em Clínicas da Família da área, foram fatores que apareceram em algumas entrevistas, e foi um critério relevante para a seleção, com a expectativa de ser um facilitador das relações com o território e seus equipamentos.

Foram selecionados a princípio cinco psicólogos, uma assistente social, uma musicoterapeuta, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e dois médicos psiquiatras. A direção e a coordenação técnica foram cargos convidados pela coordenação de saúde mental/SMS. Não houve seleção para técnicos administrativos nessa primeira etapa.

Com a contratação desses profissionais, o processo seletivo teve continuidade no próprio serviço, e contou com a participação destes, organizados em duplas com um profissional da OSS, de modo que todos pudessem participar da avaliação dos candidatos que comporiam o trabalho.

A seleção ocorreu em um período de um mês, e ao final, o CAPS contava com 48 profissionais, reunidos nas categorias técnicas e de apoio, totalizando cinco psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma musicoterapeuta, uma assistente social, uma oficineira, uma nutricionista, quatro médicos psiquiatras, seis enfermeiros e doze técnicos de enfermagem, além de três apoios administrativos, três copeiras, seis vigilantes e seis profissionais da limpeza, e ainda, a equipe de gestão, nas figuras do diretor e coordenador técnico. Todos os profissionais foram contratados para a carga horária de 40 horas semanais, com exceção dos

médicos, cujo contrato era de 20 horas semanais⁵.

Concomitante ao processo seletivo houve a montagem estrutural do CAPS, por meio de uma ação coletiva que envolveu a Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Área Programática 3.1, direção e coordenação técnica do serviço e, alguns profissionais já selecionados na primeira etapa de seleções e, 1 técnico administrativo que foi cedido pela Clínica da Família, em caráter provisório, até que as contratações estivessem completas. Vale destacar, que esse mesmo profissional foi selecionado para o quadro permanente de RH do CAPS, passando à coordenação administrativa do serviço dois meses após sua implantação.

Embora o objetivo dessa pesquisa não seja tratar sobre a estrutura do CAPS, importante destacar que essa foi uma questão que gerou muitas tensões e impasses ao acompanhamento dos usuários e implantação dos processos de trabalho e por isso, acho relevante tecer algumas considerações sobre sua montagem e efeitos na clínica.

Os espaços do CAPS e da Clínica da Família, foram sendo compostos ao mesmo tempo em que a UPA também estava sendo implantada⁶. Foi uma espécie de mutirão das equipes de gestão de ambos os setores, na implementação dos espaços das três unidades de saúde. Dentro do desenho estrutural que estava colocado para o funcionamento do CAPS, alguns aspectos chamaram atenção por sua não proximidade com o previsto em portaria ministerial para unidades tipo CAPS. Tratava-se de uma espécie de contêiner, todo branco, com estruturas frágeis e frias, sem janelas e qualquer interlocução com o fora, com exceção de duas salas grandes que possuíam vidros transparentes. Embora a área física fosse ampla, com aparelhos de ar condicionado instalados por toda a unidade, não havia nessa estrutura áreas de circulação externa como varanda ou quintal, limitando-se a espaços internos, fechados, com salas de atendimento, oficinas e reunião, sala de procedimentos, administração, cozinha, banheiros, quartos e longos corredores.

A preocupação inicial com as características arquitetônicas que estavam colocadas era a de que se reproduzisse naquele espaço, a lógica da exclusão e do enclausuramento no acompanhamento dos usuários e no cuidado as crises, encarnando no cotidiano do trabalho, o hospital psiquiátrico e suas práticas de isolamento.

Embora seja sabido que o manicômio não é apenas um prédio, uma estrutura física, mas que manifesta-se na ausência de projetos, mesmo no CAPS III, onde o modelo de

⁵ Posteriormente, os contratos das categorias de serviço social, oficineiro e terapeuta ocupacional, foram ajustados para 30 horas semanais, conforme determinação dos respectivos conselhos.

⁶ Contrato de gestão - OSS IABAS

atendimento deve ser humanizado e para além dos muros do serviço, o risco de se reduzir as práticas em consultas individuais em consultórios fechados, dispensa de medicação e utilização dos leitos como resposta protocolar para o manejo das situações de crise, deve ser considerado, especialmente em estruturas cuja ausência de locais para a acolhida e o cuidado seja característica marcante. E, apesar de se verificarem diferentes vertentes no processo de Saúde mental, este está basicamente dividido, em sua prática, em dois modos: o asilar e o psicossocial.

De acordo com Costa-Rosa (2000), os Centros de Atenção Psicossocial, são dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial, denominado como um dos paradigmas básicos das práticas em saúde mental e que faz oposição ao modo asilar, onde a instituição, por meio de seus agentes, “adquirem o caráter de espaços de interlocução, mediante a qual é possível colocar em cena a subjetividade e as práticas de intersubjetividade horizontal e deve ser capaz de superar o seu caráter depositário, funcionando como ponto de fala e de escuta da população e usuários. A instituição, como um intermediário necessário nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva, é onde estão incluídos a caracterização dos fluxos decisórios e de execução e o modo da divisão do trabalho interprofissional, como elementos determinantes das formas dos vínculos entre instituições.” COSTA-ROSA, 2000.

O paradigma da Atenção Psicossocial, busca a ampliação das relações significativas nos diversos contextos de vida dos usuários (família, comunidade, etc.), do repertório de habilidades (autocuidado, expressivas, laborativas, etc.) e da circulação pelos vários espaços da cidade, substituindo a lógica asilar de intervenções padronizadas e restrição de direitos e de circulação. Nessa direção, transformar um grande contêiner, em uma unidade de saúde mental, que pudesse receber e acolher os pacientes, e produzir uma atenção nas 24 horas radicalmente distinta da internação no hospital psiquiátrico, fez parte do conjunto de tarefas e desafios colocados para organização do processo de trabalho, já que essa estrutura não foi projetada a priori para uma unidade tipo CAPS.

Essa arquitetura, tal qual foi concebida, exigiu um conjunto de medidas que adequassem o espaço para o funcionamento de um CAPS III, adequando-o à Portaria 336 (que regulamenta os CAPS), atreladas aos aspectos de acessibilidade, acolhimento e acompanhamento dirigidos aos processos técnicos de trabalho. O que não estava previsto ou já garantido na estrutura física, precisou ser criado. Observamos que aquele lugar precisaria ser reinventado, produzido, para transformar-se em um espaço de trocas, de relações e reduzir os riscos da manicomialização.

Recordo de uma experiência vivida na direção de um núcleo asilar masculino, pertencente a um grande hospital psiquiátrico, na zona oeste do RJ, entre os anos de 2005 e 2009, quando iniciamos o trabalho de desinstitucionalização dos pacientes que ali permaneciam por décadas internados. Uma das muitas ações desse processo, incluiu o cuidado com os espaços aonde essas pessoas viviam, comiam, dormiam e passavam boa parte do dia, como parte integrante do processo de desinstitucionalizar as práticas, as relações. Transformamos os antigos e frios pavilhões em casas e, a partir delas, o cotidiano desse lugar que passou a contar com espaços para comer, sentar, conversar e ver TV. Ato simples da vida cotidiana, que não faziam parte do dia-a-dia daquelas pessoas, que comiam no meio de pombos, sentados ao chão.

Certo dia, ao colocar um sofá no espaço de entrada da casa, almofadas e uma TV, (compondo uma sala de estar), ouvi de alguns profissionais que nada disso serviria para aqueles pacientes, que tão logo urinariam e defecariam nos objetos, além de quebrarem e sumirem com tudo. Vale destacar, que esse espaço não só passou a ser diariamente frequentado pelos usuários, que assistiam TV, ouviam música e recebiam seus familiares para construção ou resgate de laços antes inexistentes ou rompidos, como teve como primeiro e principal guardião, o paciente considerado pela equipe, como o mais regredido e institucionalizado da unidade, vulgo ‘peladão’, que andava nas 24 horas do dia, sem roupas, urinando e defecando por todos os lugares, e jogando no telhado qualquer peça de vestuário que lhe era oferecido. Isso ajudou a modificar as relações entre usuários e agentes institucionais e conseqüentemente, suas trajetórias na instituição, passando a ter outros destinos que não o hospital psiquiátrico. No lugar do manicômio, a casa, a família e a cidade.

Nesse momento, “percebe-se que o grande desafio para os serviços de saúde, os profissionais de saúde e os usuários desses serviços é a busca do exercício cotidiano das tecnologias leves como diretrizes para transformar processos de trabalho.” Loyola, 2008.

Segundo Merhy (1997), “tecnologias leves” são as tecnologias relacionais, envolvidas no processo de acolhimento, na constituição de vínculos e no estabelecimento da relação de responsabilidade necessária ao acompanhamento da clientela. Ainda em Merhy, o trabalho em saúde opera a partir do espaço relacional definido pelo encontro entre o usuário e os agentes institucionais e, é a partir desse encontro que as necessidades de saúde são identificadas e se estabelece a trajetória dos usuários nos serviços.

Nicácio & al., 2004, diz que “a construção dos novos serviços de atenção psicossocial efetivamente substitutivos e territoriais não pode ser compreendida como simples

modernização do circuito assistencial e implica uma profunda transformação das relações das pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico”. E “como em todos os percursos de transformação, corre-se o risco de reproduzir o modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade”.

Desta forma, dar tratamento ao espaço físico do CAPS, foi a primeira tarefa da equipe, entendendo a arquitetura também como ferramenta para o cuidado; a ambiência pensada e tratada como um fator que interfere no modo de se produzir cuidado e de se relacionar com a experiência da loucura. Procurou-se delimitar ambientes, considerando questões cruciais para o desenvolvimento das missões de um CAPS III. Neste processo, foram incluídos inicialmente, trabalhadores e gestores locais e posteriormente, contou com a participação dos usuários na renovação desses, visando contemplar efetivamente as questões que devem perpassar o cotidiano do cuidado.

A definição preliminar dos espaços, deu-se a partir da convergência entre as problemáticas percebidas pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho em instituições psiquiátricas e serviços comunitários e, a reflexão induzida pelo desenho estrutural que estava colocado.

Considerando o acolhimento inicial como o que determina a trajetória do usuário no serviço e no tratamento, o primeiro passo foi a criação de um espaço específico onde se realizaria a primeira escuta de quem chegasse a unidade, configurando o lugar de recepção e acolhimento dos casos, permitindo a identificação da demanda inicial e orientação e direcionamento para avaliação por um profissional técnico. Foi importante um espaço destinado a funcionar como a recepção da unidade com um profissional para esta função, que passou a organizar a porta de entrada para o acolhimento de primeira vez. A escolha foi por um profissional administrativo, morador da comunidade, que tinha passagem na atenção primária e conhecimento do território.

A recepção é o momento da primeira escuta da demanda do usuário. É o espaço fundamental de qualificarmos o que lhe causa sofrimento. O acolhimento pressupõe a recepção do usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. Segundo Merhy (1994) pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a

responsabilização pela solução do seu problema.

Avançamos para os espaços que antes, originalmente foram previstos apenas como corredores e passagem de um lugar para outro, para a construção de pontos de encontros e convivência. O objetivo era otimizar a estrutura para o acompanhamento dos usuários, construindo espaços de funcionamento ‘multiuso’, transformando a dureza que tal arquitetura trazia, em lugares de trocas, relações e produção de saúde.

Para isso, apostamos na integração entre tecnologias, que significou juntar o que recebemos da Organização Social com o que produzimos de relações, ou seja, uma mistura de coisas, cores e encontros, a partir do mobiliário enviado pela OSS, como mesas, cadeiras, camas, armários, geladeira e televisão para a sala de estar e, dos materiais construídos e doados por mim na direção e posteriormente, por alguns profissionais da equipe.

No lugar de grandes corredores brancos, sofás, bancos, mesas para conversa ou jogos, mesa de ping-pong e espaços de leitura e bate-papo, passaram a compor a entrada do CAPS, que passou a contar em sua estrutura, também com espaços para festas, encontros, grupos terapêuticos, salas de oficinas e reuniões, salas de atendimentos e sala de cuidados. Ao invés de cozinha fechada, com balcões restringindo a entrada das pessoas, um espaço para realizar as refeições e preparo de pequenos itens, como café, sucos, vitaminas, sanduíches, aberto a circulação dos usuários, familiares e profissionais.

Para cuidados e observação clínica, procedimentos de enfermagem e dispensa de medicação, uma sala de cuidados foi criada ao invés de posto de enfermagem, com leito para repouso, hidratação venosa ou contenção mecânica quando indicado clinicamente, sob supervisão constante da equipe.

Os leitos para acolhimento, foram distribuídos em três salas, com duas camas em cada, bem em frente a sala de cuidados e ao lado da sala da equipe, de modo a promover o acompanhamento mais contínuo dos usuários, especialmente no período noturno. Ao lado de cada cama, um criado mudo e uma cômoda para os usuários guardarem seus pertences e uma poltrona reclinável para acompanhantes, podendo ser um familiar e/ou um técnico do CAPS. As poltronas foram pensadas a partir da importância desse acompanhamento contínuo, no período noturno, para que tanto a equipe como os familiares, pudessem acompanhar os usuários. Nesse período, a equipe fica em menor número, apenas com os profissionais de enfermagem plantonistas, responsáveis pelo cuidado nas 12 horas noturnas, que precisam se organizar de maneira a cuidar e acolher, os casos em suas singularidades. No contrato inicial, não tínhamos a possibilidade da inclusão de uma equipe

multiprofissional para os períodos noturnos, feriados e domingos, constando no escopo do contrato apenas para os profissionais de enfermagem. A presença das outras categorias nos plantões noturnos e em feriados e nos finais de semana, é um aspecto que merece discussão para os novos contratos, pelo seu efeito na clínica.

Uma das diferenças entre uma enfermaria com seis leitos nos hospitais e os quartos com dois leitos em um CAPS III, está no modo de acolher. Em um quarto, pode-se oferecer mais privacidade e um acolhimento singular, inexistentes nas estruturas hospitalares, com grandes e frias enfermarias, onde o trabalho é pautado não no respeito aos direitos, mas sim, na anulação de toda e qualquer individualidade.

Nesta mesma direção e pensando em minimizar possíveis prejuízos ao acompanhamento dos usuários por falta de espaço para circulação e interlocução com o fora, sobretudo nos momentos de crise, montamos na entrada do CAPS, comum a Clínica da Família, na parte superior da unidade, uma espécie de estar com mesa, guarda-sol, cadeiras e puffs, um revestido e algumas almofadas, materiais parte doados pela direção e parte comprados pela OSS. O objetivo era que houvesse algum espaço aberto, uma espécie de varanda, como extensão do interior da unidade, como mais uma ferramenta de acolhimento, acompanhamento e de trocas entre os usuários e comunidade, que passou a ser utilizado diariamente pelos usuários do CAPS para conversar, ler uma revista, fumar um cigarro e até mesmo, “ver as modas”, expressão que ouvi certo dia de uma usuária quando se encontrava em crise, em acolhimento noturno. Os usuários da clínica da família e da UPA, também utilizavam esse espaço, enquanto aguardavam por atendimento.

Para a assistência farmacêutica, não foi montado uma farmácia no serviço. Os medicamentos foram armazenados em uma farmácia central, localizada na estrutura comum à clínica da família e CAPS e entregues/distribuídos conforme pedido diário da equipe e organizados em armários específicos de psicotrópicos e outro de medicação clínica e materiais/insumos, na sala de cuidados, destinada à dispensa e administração dos medicamentos e ao acolhimento, repouso e observação de situações clínicas. Inicialmente, esse trabalho foi organizado pelos enfermeiros em parceria com o farmacêutico responsável pelas unidades, com o objetivo de evitar o funcionamento engessado de farmácia, com grandes filas e apenas entregas de remédios, e para qualificar a assistência aos usuários. Essa organização, por um lado integrou a equipe de enfermagem nesses processos, mas por outro, ocupava-os com rotinas que acabavam por interferir nas outras atividades do cotidiano, pelo

tempo que precisavam dispor para essa tarefa, necessitando de um profissional específico para essa função, como a figura do oficial de farmácia.⁷

Para organização e controle dos materiais de consumo, um almoxarifado foi montado e ficou de responsabilidade da equipe de administrativos, que diariamente, organizavam junto a equipe, os materiais necessários para o trabalho nas 24 horas do dia, especialmente os itens de hotelaria, de modo a qualificar a permanência noturna dos usuários, trabalhadores e acompanhantes. Um DML também compôs a estrutura do CAPS.

Ao final do processo de montagem da estrutura física do CAPS, haviam ambientes internos e externos para o acolhimento e acompanhamento dos usuários, compostos por: cozinha/refeitório, recepção, administração, sala da direção e coordenação técnica, sala da equipe técnica, salas de atendimentos, sala de estar, espaços para oficinas internas e atividades coletivas/grupais, sala de cuidados/procedimentos, três quartos para acolhimento noturno, banheiros, almoxarifado/dispensa e DML. Faltou espaço para a sala de descanso para os profissionais plantonistas, como norma técnica exigida pelo COREM.⁸

Embora possa parecer uma concepção um tanto romântica da construção dos espaços do CAPS, a escolha por uma ambiência e recursos que se afastassem do modelo hospitalar, foi produzindo efeitos na dinâmica do CAPS e no modo de relação da equipe com os usuários, que poderão ser destacados durante o processo de construção do trabalho nesse serviço.

2.1.2 - Segunda etapa: recepção dos profissionais e processos de trabalho

A segunda etapa do processo de implantação compreendeu o que chamamos de ‘arrumar a casa’ para abertura do serviço. Foi o momento de receber e reunir os profissionais, encontrar com os parceiros mais próximos e com as instâncias de gestão local e central (Coordenações de Saúde e Saúde Mental) e Conselho Distrital, para delinear os fluxos, diretrizes e prioridades de trabalho na área.

⁷ Essa categoria profissional não estava prevista inicialmente no escopo do contrato. Um oficial de farmácia passou a compor a equipe quatro anos após a implantação da unidade, quando foi possível incluir essa categoria no contrato de gestão.

⁸ Posteriormente, a sala de TV foi suprimida para montagem desse espaço e deslocada para outra área do CAPS.

Iniciamos entre nós. Com a unidade ainda de portas fechadas, reunimos os profissionais que gradualmente foram sendo contratados, em encontros diários, de 8 às 17 horas, durante os cinco dias da semana, nos espaços do CAPS. Foi uma espécie de seminário interno de apresentação e planejamento. O CAPS funcionou durante um mês de portas fechadas, em reuniões internas da equipe e com os atores mais próximos - UPA / ESF, para organização dos fluxos de trabalho e até que a equipe estivesse toda composta.

As primeiras reuniões de equipe promoveram encontros entre os profissionais, que apresentaram suas trajetórias no campo da saúde e áreas afins, formação clínica, expectativas referentes ao trabalho em um CAPS III, impressões sobre a arquitetura da unidade e sobre o Complexo do Alemão. A equipe de composição mista reunia experiências diversas no campo da saúde e da saúde mental. Boa parte vinha de experiência em CAPS III da baixada fluminense⁹ e de unidades hospitalares com funcionamento 24hs, como hospital psiquiátrico e hospital geral, CAPS II e Residências Terapêuticas e alguns, vinham de experiências na atenção primária, em Clínicas da Família.

As impressões quanto a arquitetura do CAPS foi discutida como algo a ser problematizado diariamente no cotidiano de trabalho, como forma de se evitar a banalização ou a institucionalização das práticas. O estranhamento vinha do desconhecimento desse tipo de estrutura para o funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial, que historicamente foram concebidos em estruturas próprias de antigos pavilhões dos hospícios, adaptados para centros de atenção comunitária, ou em casas na comunidade e, ainda, pelos efeitos que tais estruturas podem produzir no cotidiano da clínica, com práticas reducionistas.

Sobre estarem no complexo do Alemão, relatam expectativas para o trabalho em um território tão extenso e ainda desconhecido para todos, marcado por uma representação simbólica relacionada à violência urbana e à miséria. Segundo Couto e Imanishi (2013), sobre o Complexo do alemão:

“No que tange a representação simbólica desta área para a exterioridade dos demais habitantes da cidade do Rio de Janeiro, Brasil e quiçá mundo, sua significação como lugar próximo, distante ou estranho, está impregnada dos sentidos da miséria e da violência urbana. No imaginário social, o Complexo do Alemão costuma ser vinculado à criminalidade, à pobreza, à falta e a negação”. (COUTO e IMANISHI, 2013, p.3)

⁹ CAPS III Jayr Nogueira, em Nova Iguaçu. Primeiro CAPS III a ser implantado no estado do Rio de Janeiro.

Além da representação simbólica, uma parte da equipe vivenciou uma situação de violência enquanto ainda montávamos a unidade juntamente com a ESF e a UPA, antes mesmo do CAPS abrir suas portas. Era um domingo de Páscoa, quando bandidos armados, entraram pela porta dos fundos que dá acesso às três unidades e roubaram o gerador instalado para mantê-las em funcionamento nas situações de emergência, mantendo alguns profissionais presos no banheiro do CAPS, enquanto levavam o equipamento roubado para a comunidade da Grota, que compunha o conjunto de favelas do Alemão, considerada o maior ponto de violência e de tráfico de drogas da região, para alimentar o famoso e mais movimentado baile funk da comunidade.

Essa situação impulsionou a discussão a respeito das estratégias de entrada no território e, o tema territorialização e territórios 3.1, foi ponto de pauta e destaque da primeira reunião de equipe, que contou com vinte profissionais já selecionados na primeira etapa de seleções, incluindo a gestão do CAPS e a figura do articulador técnico da organização social do contrato de gestão vigente, cuja função era de mediação em territórios de frequentes conflitos, por meio do conhecimento da área e trabalho desenvolvido na comunidade. Pactuamos como diretriz inicial ao trabalho na TEIA 3.1, a realização de busca ativa no território e um mapeamento territorial, incluindo um levantamento dos equipamentos existentes.

As discussões iniciais foram conduzidas pela direção e coordenação técnica, pela ausência da figura do supervisor clínico-institucional no período da implantação, que passou a fazer parte do trabalho aproximadamente dois meses após a abertura do serviço, por processo seletivo realizado pela coordenação de saúde mental, para novos supervisores para os CAPS da cidade. Discutimos sobre o lugar dos centros de atenção psicossocial na reforma, o papel estratégico dos CAPS III na atenção a crise e as escalas de trabalho, intersetorialidade e trabalho em rede, e, UPA e ESF lado a lado do CAPS.

A proximidade com uma unidade de pronto-atendimento e com uma clínica da família com onze equipes de atenção primária e uma academia carioca, localizadas no mesmo prédio do CAPS, em uma espécie de complexo de saúde, foi apontada como facilitador do cuidado na medida em que favorece a interlocução entre as três unidades e a produção de uma 'rede interna'. Por outro lado, é consenso que essa integração não se dá apenas pela proximidade. Há uma dimensão do cuidado que passa pelo modo como nos encontramos e o que produzimos desse encontro.

Nessa direção, após os encontros iniciais com a equipe do CAPS, fizemos "reuniões de condomínio" com os nossos vizinhos (UPA e ESF), na figura dos gestores, para discussão e construção de fluxos de abertura dos serviços, porta de entrada e trabalho em rede.

Em uma rodada de apresentações, falamos do mandato de cada serviço, suas especificidades e fluxos de trabalho, com ênfase no que cada um faz, quem atende e como atende. A ideia inicial era aproximar as equipes e entender a proposta e lógica do trabalho de cada dispositivo, para integrar as ações de cuidado e o compartilhamento entre os serviços.

Alinhar o compartilhamento do cuidado foi um processo diário, contínuo, que exigiu um conjunto de ações que aproximassem e integrassem as práticas. Para esse objetivo, propomos encontros e reuniões permanentes de colegiado interno entre as três unidades para discussão e alinhamento dos fluxos diários de atendimento e identificação de demandas para a saúde mental, assim como, para cuidados clínicos e encontros entre as equipes por meio de oficinas de saúde mental produzidas pelos profissionais do CAPS, além da participação nos introdutórios da atenção primária, para conversar sobre o cuidado em saúde mental.

Foi preciso desinstitucionalizar os saberes e práticas sobre a loucura e as diversas formas de adoecimento psíquico, presentes no cotidiano das relações e ações desses dispositivos, que levavam a respostas automáticas que vinculavam doença mental a periculosidade e conseqüentemente a retirada do território para internação.

Nos encontros com os gerentes das duas unidades, pactuamos inicialmente, atendimentos compartilhados, a partir da indicação clínica do caso. Em muitas situações, fomos chamados na clínica da família para ajudar no manejo com pacientes e avaliação conjunta, assim como, na UPA para atendimento. As situações mais frequentes, foram as relacionadas aos quadros de ansiedade aguda, depressão, tentativas de suicídio, uso abusivo de álcool e outras drogas e casos de agitação e agressividade nas unidades.

Nesse período, vivenciamos situações diversas, inusitadas e algumas conflituosas, em que qualquer expressão de dor ou sofrimento, era diagnosticado como caso de saúde mental e encaminhado ao CAPS, como o caso de um jovem rapaz, de aparência descuidada, vestes rasgadas e mal cheiro, que chega à UPA chorando muito. Já na recepção, aonde é feito o primeiro contato com a unidade e a classificação de risco para atendimento, é encaminhado ao CAPS pelo vigilante, por tratar-se de um "caso para a saúde mental", sem antes ter sido avaliado. Ao ser recebido na porta de entrada do CAPS por um profissional do serviço, lhe é perguntado o que estava acontecendo e por que chorava tanto. Num tom desesperado, em um apontar com os dedos, responde estar com dor de dente.

Situações como essa, foram servindo de base para as conversas e alinhamentos entre nossa rede interna, mediadas por vezes pela CAP 3.1, na figura do apoiador de saúde mental¹⁰. Atividades regulares de articulação entre as diversas coordenações do nível regional (CAP 3.1), da coordenação de Saúde Mental (SMSDC) e coordenação técnica da OSS, foram fundamentais para a integração do trabalho, através da constituição de fóruns comuns de discussão entre a Atenção Primária, CAPS e demais setores, como “Comitês Gestores” compostos pelos gerentes regionais (CAP 3.1) e pelos gerentes e diretores dos serviços da área, e fóruns de Saúde Mental mensais, com a participação dos diversos atores da TEIA-3.1.

O território de responsabilidade do CAPS seguiu o estabelecido pelo Sistema Local de Saúde da Área de Planejamento onde estava inserido – AP 3.1, segundo os critérios de acessibilidade para os usuários. O eixo da linha férrea foi usado como indicador de acesso e dividiu os territórios entre os dois CAPS da área – CAPS II Fernando Diniz e CAPS III João Ferreira. Os limites geográficos e populacionais, assim como o rol de ações e serviços estariam interligados às demandas dirigidas à AP, devendo ser pactuadas entre os serviços da rede de saúde local de modo a evitar barreiras ao acesso.

O CAPS passa a ser referência de atendimento para as áreas pertencentes ao Subsistema Leopoldina Sul, que compreende todo o Complexo do Alemão, o bairro de Ramos, Manguinhos e Bonsucesso, o equivalente segundo dados do IPP, de aproximadamente 200.000 habitantes no ano de 2010. O restante dos bairros deveria ser avaliado posteriormente, juntamente com as demandas que chegassem do território. Foi um primeiro desenho pensado para início do trabalho, pactuado de ser reavaliado três meses depois, após levantamento das demandas que haviam chegado ao serviço. Os territórios de abrangência se mantiveram.

Além da cobertura de atendimento para sua área de referência, fica recomendado que o CAPS III João Ferreira ficaria de retaguarda para os outros dois CAPS II da área, localizados no Subsistema Leopoldina Norte e Subsistema Ilha, quando estes necessitassem de acolhimento estendido a noite, pernoite ou acolhimento noturno para os usuários acompanhados e, para os outros serviços do território.

Dentre o rol das ações e serviços prioritários definidos nessa primeira reunião com CAP 3.1, Conselho Distrital de Saúde e Coordenação de Saúde Mental do Município do RJ, está o Apoio Matricial à Atenção Primária a Saúde (APS), definido como diretriz

¹⁰ No Município do RJ, cada CAP possui a figura do Apoiador de Saúde Mental, cuja função é ajudar na mediação e articulação das ações de saúde mental na atenção primária, apoiando a RAPS local.

fundamental de trabalho para a equipe do CAPS III João Ferreira, com a orientação de que todos os profissionais deveriam ter um turno de sua carga horária reservada para o matriciamento e se organizassem para essa tarefa. Mediante a sua função estratégica para a implantação do CAPS como um serviço territorial, abordaremos o tema mais adiante.

Dando seguimento ao processo de implantação, com diretrizes traçadas e pactuadas para o funcionamento das unidades e prioridades de ações, área de cobertura demarcada e estrutura organizada com espaços para o recebimento da comunidade, nos ocupamos dos fluxos internos do CAPS, voltados para o processo de trabalho da equipe. Precisou de um desenho para abrir o serviço, de um planejamento, o que incluiu a distribuição dos profissionais por turnos de trabalho, montagem de escalas, porta de entrada, acolhimento, e fluxos organizacionais.

Processo de Trabalho: Ferramentas, Impasses e desafios.

A complexidade das demandas de um CAPS III traz o desafio de se pensar em novas formas de compor o trabalho da equipe e o cotidiano institucional. Dentre elas, está a organização dos horários dos profissionais em todos os dias da semana, por turnos de funcionamento. A elaboração de uma escala de trabalho é uma atividade complexa que depende tempo e requer conhecimentos relativos a necessidades da clientela, dinâmica da unidade, características da equipe e leis trabalhistas.

No CAPS III, a montagem das escalas dos profissionais, deve considerar a organização e distribuição dos mesmos durante o período diurno e noturno, visando o funcionamento 24 horas do serviço. O velho problema das escalas das equipes diaristas x equipes plantonistas, vividas nos hospitais, se reatualiza na composição do trabalho em um CAPS III, que precisa excluir de sua estrutura de trabalho, o modelo das escalas de equipes exclusivamente diurnas e noturnas, que não favoreçam o encontro entre os profissionais, e sua participação na construção e acompanhamento dos projetos de cuidado dos usuários, repetindo a lógica manicomial, fragmentada e isolada do contexto do território.

Já de saída nos deparamos com os desafios da construção de escalas que se integrassem a dinâmica de um CAPS III e a lógica da atenção psicossocial. O tamanho da equipe, as várias categorias profissionais e a existência dos leitos 24 horas, torna essa tarefa mais complexa. Nessa direção, a composição dos horários das equipes seguiu critérios

baseados da lógica da integralidade do cuidado, adaptados de acordo com a necessidade do serviço e segundo o regime CLT.

Iniciamos por organizar os horários dos profissionais contratados como diaristas, distribuídos em uma escala diurna, de segunda a sábado¹¹, nos três turnos de funcionamento - manhã, tarde e noite (até às 21 horas), incluindo o turno da reunião de equipe/supervisão, que foi definido como turno obrigatório para todos os profissionais que compõem a equipe, incluindo administrativos, copeiras, vigilantes e profissionais da limpeza.

Adotamos a escala de trabalho em dias fixos na semana, tanto para os profissionais que comporiam a equipe diarista, como para os profissionais em regime de plantão. Um dos objetivos dessa composição foi a não fragmentação do cuidado e a formação de diferentes equipes dentro do CAPS.

Nessa composição, a carga horária de 40 horas semanais deveria ser cumprida em no mínimo quatro dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho, o que significou turnos de funcionamento integrados durante a semana por uma equipe multiprofissional, prioritariamente com os mesmos profissionais, facilitando a continuidade do cuidado e a não fragmentação do trabalho.

A organização do terceiro turno de funcionamento (17 às 21hs), composto por equipe multidisciplinar, foi primordial para atendimentos a familiares que só conseguiam ir ao CAPS após o trabalho, a atendimentos iniciais de pacientes com dificuldades de sair de casa durante o dia, acolhimentos a situações de crise e/ou vulnerabilidades que com frequência eram encaminhadas para a emergência e para a extensão dos turnos para cuidado a crise, sem o uso do leito ou pernoite no CAPS. Os profissionais de referência usavam esse turno para atendimentos regulares desses casos, assim como, para discussão dos usuários em acolhimento com a equipe de enfermagem que dará continuidade ao acompanhamento nas 12 horas noturnas.

Campos e colaboradores (2009), em estudo sobre a rede de Campinas, enfatizam positivamente a permanência do usuário com a mesma equipe de cuidados nos momentos de crise, fato permitido pela existência de leitos nos CAPS III, sendo um importante diferencial em relação ao modelo hospitalar.

¹¹ segundo a legislação da CLT, os profissionais contratados como diaristas só poderão trabalhar até sábado, com jornada máxima de trabalho por dia de até 10 horas.

Para o cuidado no período noturno, a escala de trabalho passa a ser composta apenas pelos profissionais de enfermagem, em regime plantonista e jornada de 12 horas de trabalho. Dentro do contrato inicial, não tínhamos a possibilidade da inclusão de outras categorias além dessa, para comporem as escalas à noite, domingos e feriados. Isso é uma fragilidade para o trabalho em CAPS III e para a ferramenta do acolhimento noturno. A inserção exclusivamente desses profissionais no trabalho do CAPS nesses períodos, é um paradoxo com efeitos na clínica desenvolvida no cuidado e atenção a crise, cujo mandato é romper com práticas hospitalares e manicomial. Sabemos que tais profissionais são formados para desenvolver práticas hospitalares, sendo suas experiências na maioria das vezes em hospitais gerais e psiquiátricos, o que torna fundamental o acompanhamento dessas práticas em consonância com a reforma psiquiátrica e o trabalho em um CAPS III.

Dentro desse contexto, pensar as escalas de enfermagem foi um grande desafio para a gestão e exigiu de todos, muito trabalho e discussão em equipe, para elaboração de uma composição dos horários dos profissionais de enfermagem mais adequada para o funcionamento de um CAPS III.

Objetivava-se construir uma escala que favorecesse a participação dos mesmos em todos os processos de trabalho do CAPS e a integração com o restante da equipe, priorizando uma escala cujo desenho, possibilitasse o cuidado continuado, territorial e, em rede. Por outro lado, embora a inclusão no rol das mudanças, da concepção das escalas de enfermagem com padrões de composição rígidos para escalas integradas e flexíveis à dinâmica do serviço, tenha sido ponto pacífico dentro da equipe, chegar a um consenso da construção da escala, não foi tarefa fácil e despendeu tempo em reuniões internas com a equipe e com a coordenação de saúde mental e coordenação técnica da OSS, que tinha como orientação para o trabalho da enfermagem, escalas de plantões corridos de 12 x 36 horas, conforme as escalas adotadas nos hospitais.

Foi como montar um jogo de quebra-cabeça, cuja regra é juntar as peças que se encaixam. Nesse caso, as peças diziam respeito a tudo que deve compor a singularidade do trabalho em um CAPS III, as pessoas e o perfil profissional de cada um, a disponibilidade de horário, conhecimento do trabalho, dentre outros.

Após várias tentativas de composição do trabalho, propomos uma escala com o mesmo desenho do restante da equipe no que diz respeito a definição de turnos fixos durante a semana, com a diferença da jornada de trabalho diária, que para a enfermagem passa a ser

de 12 horas, respeitando as 36 horas de descanso conforme recomendação do COREN¹². Nessa configuração, os profissionais tiveram seus dias fixados durante a semana, em plantões diurnos e noturnos, sem escala corrida e de modo que todos trabalhassem no CAPS nos dois turnos de funcionamento. Na prática, isso correspondeu a divisão do número de plantões diurnos e noturnos que cada um realizaria, resultando que parte dos profissionais estariam no CAPS dois plantões dia e um noite, e parte deles estariam duas noites e um dia, compostos por um enfermeiro (a) e dois (duas) técnicos (técnicas) de enfermagem, além do turno da reunião de equipe semanal.

O modo de organização dos dias e horários da enfermagem no CAPS, de saída favoreceu um cuidado mais colaborativo entre as equipes na medida em que os profissionais puderam ser inseridos nas atividades cotidianas de trabalho de um CAPS III, com destaque para o matriciamento e trabalho territorial. Entretanto, é preciso administrar os impasses que surgem com esse tipo de escala, em relação ao intervalo para descanso e frequentes faltas ou pedidos de trocas de plantão, justificados pelos profissionais pela carga horária de 40 horas e por sua distribuição em três dias e meio na semana, causando exaustão e dificuldades para administrar outros empregos.

A revisão das escalas precisou ser contínua devido a um conjunto de fatores que foram ocorrendo no cotidiano do CAPS, dentre eles estão as admissões, demissões, férias, faltas, licença para tratamento de saúde, transferência de local e rodízio de plantões (manhã, tarde e noite). No CAPS III, essas situações aparecem como elementos de trabalho para a gestão, que precisa gerenciar no cotidiano, três tipos de escala (diária, mensal e férias) de modo a garantir que o CAPS cumpra seu mandato de forma integral.

A experiência vivida no João Ferreira aponta para o rodízio ou trocas de plantões, como um dos principais problemas do gerenciamento das escalas para a continuidade do cuidado e manutenção das atividades. Um enfermeiro matriciador, por exemplo, quando solicita a troca do dia de trabalho, pode comprometer seu turno de matriciamento à APS, tornando-se necessário uma gestão fina desse processo, para que não haja consequências para a clínica e para o cotidiano do CAPS.

Seguindo a mesma configuração de trabalho da equipe técnica, os vigilantes, as copeiras, assim como os profissionais da limpeza, também funcionaram em regime diurno e noturno, com profissionais diaristas e plantonistas - 12x36 horas. Uma copeira, um vigilante

¹² Resolução COFEN 543/2017 – Art.4º

e uma encarregada da limpeza, trabalhavam como diaristas, indo todos os dias ao CAPS, com exceção de sábados, domingos e feriados.

Diariamente, o CAPS contava em sua equipe de trabalho, com duas copeiras, três vigilantes, três profissionais da limpeza incluindo a encarregada, três apoios administrativos e um coordenador administrativo, que somados aos profissionais técnicos de nível superior e nível médio, compunham uma equipe ampliada e multiprofissional.

Quadro de profissionais do CAPS III João Ferreira

Categoria Profissional	Número de profissionais	Carga Horária Semanal
Assistente Social	01	30 horas
Administrador	01	40 horas
Enfermeiro	06	40 horas
Técnico administrativo	03	40 horas
Copeiras	03	40 horas - 02 plantonistas e 01 diarista
Médico Psiquiatra	04	20 horas
Musicoterapeuta	01	40 horas
Nutricionista	01	40 horas
Psicólogo	05	40 horas
Técnico de enfermagem	12	40 horas
Terapeuta Ocupacional	01	30 horas
Oficineiro	02	30 horas

Fonte: CAPS III João Ferreira Silva Filho – Rio de Janeiro 2010

A presença de vigilantes no CAPS precisou ser trabalhada com os usuários e com a empresa contratada para esse serviço, de modo a qualificar suas práticas e desmistificar o papel desses profissionais como guardas ou policiais. Em reuniões semanais, fomos discutindo aspectos como, postura junto aos usuários e familiares, manejo de situações cotidianas no CAPS e no território, como agitação e/ou crises, o uso da farda e/ou uniforme sem o porte de arma para que não sirva de ameaça ao usuário, dentre outros pontos que foram fundamentais para a construção gradual do trabalho do vigilante neste tipo de dispositivo, entendendo esse profissional como parceiro do cuidado.

Importante destacar, que apesar da dificuldade inicial por parte da gerência da empresa em entender os processos de trabalho em um CAPS III e a importância de repensarmos as práticas desses profissionais, cuja experiência vinha de postos em agências bancárias e hospitais, alinhamos pontos importantes para o cotidiano de trabalho, dentre eles a participação nas reuniões de equipe e seminários internos, o uso de uma blusa neutra¹³ por baixo do uniforme, em caso de necessidade de mediação de situações difíceis ou de conflito no território, que envolvesse os usuários e sua rede social, e participação em atividades do CAPS, como passeios, festas e eventos integrativos na comunidade.

Dentre os fluxos organizacionais relativos a essa segunda etapa de implantação, e que estão interligados aos demais processos de composição do trabalho da equipe e o cotidiano institucional, estão os relacionados às atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos, limpeza e vigilância. Um CAPS III deve estar aberto nas 24 horas do dia e para isso, precisa contar com uma logística de apoio, que garanta a não interrupção do atendimento ou a precarização da assistência.

Para isso, foi necessário que, fundamentalmente, alinhássemos as direções de trabalho com o Viva Comunidade. Tratava-se de uma experiência nova para ambas as partes e, que inaugura uma parceria de gestão por OSS de serviços de saúde mental. O processo de alinhamento foi contínuo, processual e mediado pela CAP como gestor direto do contrato.

No CAPS, realizamos encontros regulares com os parceiros da OSS inicialmente para definição dos recursos disponíveis à gestão administrativa da unidade, como os contratos dos serviços de alimentação, limpeza, vigilância e rouparia, e, em seguida, com as empresas terceirizadas responsáveis por sua execução diária. Discutimos sobre o projeto técnico do CAPS e alinhamos os serviços, norteados pelos princípios da reforma e da função do CAPS

¹³ A empresa determinou o uso de uma blusa de malha branca como padrão, para ser integrada ao uniforme.

III, seguindo integralmente as orientações técnicas, fluxos, parâmetros de atendimento e direção de trabalho definidas pela CAP 3.1 e Coordenação de Saúde Mental/SMS/RJ.

Assim, alinhamos aspectos como as alimentações no CAPS, desde o tipo de alimentos incluídos no cardápio até sua forma de apresentação. Negociar o tipo de alimento servido para os usuários no cotidiano do CAPS, assim como em atividades integrativas com a comunidade, festas e atividades coletivas, fez parte do rol das questões a serem cuidadas pela gestão, assessorada inicialmente pela nutricionista¹⁴ do CAPS e posteriormente, pela coordenação administrativa e copeiras, que passaram a acompanhar diretamente esse processo com os usuários.

As primeiras refeições fornecidas na unidade, vieram na apresentação de quentinhas, acompanhadas por colheres de plástico e kit lanche já previamente preparados, como os fornecidos nos hospitais psiquiátricos, não sendo possível que os usuários preparassem seu próprio café da manhã, assim como, escolhessem os alimentos a partir do gosto pessoal de cada um. Poder escolher tomar um cafezinho puro ao invés de café com leite e preparar um sanduíche, permite trabalharmos a partir da singularidade de cada indivíduo e sua participação nos processos diários que estão incluídos o seu tratamento.

O CAPS III, como dispositivo estratégico para reorientação do modelo assistencial em saúde mental, onde se prioriza a autonomia dos usuários, precisa fundamentalmente pensar em novas formas de oferecer cuidado e de se relacionar com esses usuários. Diante disso, apresentamos para a empresa de alimentação, a proposta do sistema self-service, onde os alimentos fossem colocados em balcão térmico e os usuários pudessem se servir e escolher seus alimentos, com ajuda em alguns casos, das copeiras ou suas referências. As refeições passaram a ser entregues neste sistema, assim como os outros itens para alimentação, como café, suco, frutas, manteiga pães e frios, que chegavam sem preparo prévio, para que fossem preparados na própria unidade e, em horários de acordo com os projetos e indicações clínicas.

Para a infraestrutura, fica pactuado que o CAPS e a Clínica da Família, teriam uma equipe emergencial para suporte de infraestrutura e logística. Uma espécie de plantão de apoio emergencial, para pequenos reparos. Isso é fundamental para a permanência do serviço aberto nas 24 horas do dia pois, por maior que seja o trabalho no território, o CAPS III

¹⁴ A Nutricionista foi convidada a assumir um cargo de gestão na APS, em outra AP. Seu vínculo, foi substituído por um psicólogo.

precisa ter uma hotelaria preservada, visto a existência dos leitos de acolhimento. Esse suporte foi fundamental para a gestão do cotidiano.

Finalizando a segunda etapa de implantação, estruturamos a recepção das demandas dirigidas ao serviço. A porta de entrada foi organizada para receber a demanda territorial espontânea, sem agendamento prévio, por meio do acolhimento e atendimento diário. Para o acolhimento de primeira vez, foram organizadas duplas de profissionais para os três turnos de funcionamento - manhã, tarde e noite, distribuídas entre todos os técnicos do CAPS, que passaram a ter, dentro da carga horária de trabalho, um turno previsto para a recepção de casos novos.

Os horários de funcionamento da unidade, bem como a relação nominal dos profissionais com seus respectivos horários e a data/hora e local de atividades coletivas e reuniões na comunidade e demais atividades semanais, foram afixados em local visível e acessíveis ao usuário, em quadro na recepção da unidade, observando que os CAPS III devem ter funcionamento pleno nas 24 horas diárias em todos os dias da semana, incluindo feriados.

2.1.3 - Terceira Etapa: abertura do CAPS para a comunidade

Porta de entrada e acesso ao cuidado: as demandas iniciais

Passado um mês de reuniões e encontros internos, em maio de 2010 o CAPS abre suas portas e inicia as atividades voltadas para a comunidade, funcionando até as 21 horas e, uma semana depois passa a funcionar nas vinte e quatro horas por dia, em todos os dias da semana, com equipe completa em todos os dias e plantões noturnos. A chegada dos usuários no CAPS se deu por demanda espontânea e por encaminhamentos feitos pelos diversos dispositivos da rede, dentre eles as clínicas da família, ambulatórios, hospitais, UPA, escolas, CREAS, CRAS, consultório na rua, ONGs e projetos sociais do Alemão, vila olímpica e CAPS II.

As demandas iniciais vieram da clínica da família pela proximidade e pelo trabalho em rede que começou a se configurar já nos primeiros momentos da implantação, quando o CAPS ainda se encontrava de portas fechadas em seminários internos. A demanda inaugural

dessa parceria parte de um ACS da clínica da família que divide a mesma estrutura do CAPS, que pede ajuda para condução de um caso.

A equipe estava reunida quando, preocupado, o profissional bate à porta do CAPS relatando haver um senhor morador de sua área adstrita, que parecia ter algum tipo de transtorno mental. Por não saber como conduzir a situação e por medo do que poderia encontrar naquele domicílio, acabava por pular esta casa quando realizava visitas às famílias. Relatou escutar gritos e xingamentos frequentes quando alguém se aproximava ou passava perto da janela e estranhar o forte odor que vinha da casa. Pela gravidade da situação trazida pelo ACS, realizam uma visita conjunta a sua casa e chegando ao local, identificam que o senhor morava sozinho e estava extremamente debilitado, magro, desidratado e com quadro de confusão mental. É levado imediatamente à clínica da família para consulta com médico e equipe da ESF e seguiu em acompanhamento pelo CAPS por um período, em parceria com as equipes comunitárias, que passaram a apoiá-lo em seu cotidiano e no cuidado com a saúde.

Em busca de apoio, o ACS promove uma primeira interlocução com a equipe de saúde mental do seu território, que responde com uma ação de apoio matricial, que começa a se configurar nessas primeiras ações, sendo gradativamente formalizado.

Entretanto, a noção da demanda existente por atenção à saúde nesse território, baseava-se inicialmente nas situações que chegavam às unidades de atenção primária. Em sua maioria, casos de transtornos leves como depressão, ansiedade, situações próprias da violência como síndrome do pânico, situações familiares, violência doméstica e uso abusivo de álcool, que eram encaminhadas ao CAPS por guias de referência e contra referência, “ao setor de psiquiatria”, chamando atenção para um desconhecimento sobre o dispositivo CAPS e para uma lógica do encaminhamento e do especialismo.

Interrogávamos onde estavam os psicóticos e esquizofrênicos graves, sobretudo aqueles que cuidávamos nos hospitais psiquiátricos e que necessitavam de suporte e acompanhamento territorial intensivo. Até então, os pacientes que haviam procurado o CAPS estavam mais preservados, com maior autonomia e aparentemente, com laços familiares mantidos. Era uma clientela relativamente jovem, com questões relacionadas à depressão e ansiedade.

Nesse território, antes da implantação do CAPS III, os transtornos mentais graves, assim como os casos de comorbidade com uso de drogas, eram levados pelo SAMU ou por familiares para a emergência de saúde mental da área ou para internação em hospital psiquiátrico em situação de crises. Alguns usuários eram acompanhados pelo CAPS II da área, que com a chegada do CAPS JF, foi cuidando da transição de alguns casos, de acordo

com os critérios de regionalização definidos para ambos os serviços abordados anteriormente, incluindo os casos de uso de álcool e outras drogas, que tinham indicação de acompanhamento em CAPS.¹⁵ Em seis meses de funcionamento a unidade já tinha 120 pacientes matriculados.

Seguindo esses mesmos critérios, os hospitais também iniciaram as articulações com o CAPS sobre os pacientes do território que se encontravam internados com história de múltiplas internações, com o intuito de viabilizar a alta e o retorno à comunidade. Tratava-se de usuários que estavam no hospital psiquiátrico há algum tempo e permaneciam internados por falta de interlocução do serviço hospitalar com a rede comunitária, rede local e rede de apoio como familiares e amigos. Nenhum trabalho de rede ainda havia sido feito, tão pouco territorial, especialmente por serem moradores de área de risco como o Complexo do Alemão, dificultando segundo as equipes hospitalares, o trabalho fora dos muros do manicômio. A violência urbana e a falta de profissionais foram apontadas pelo hospital como barreiras de acesso ao trabalho territorial, aumentando o tempo de permanência dos pacientes e criando longas internações.

A partir dessa demanda, CAPS e Clínica da Família, antes mesmo de existir o matriciamento, se articularam e realizaram visitas domiciliares às casas dos familiares dos pacientes em questão e combinaram a alta e o retorno ao território, através de ações intersetoriais, que incluíram os parceiros da comunidade para o cuidado no cotidiano. Pode-se dizer que isso configurou as preliminares do matriciamento.

O início da parceria do CAPS com a atenção primária, já de saída possibilitou o trabalho de desinstitucionalização de dois pacientes moradores do Complexo do Alemão, que retornaram para seus territórios e suas respectivas residências, após dois anos de alta aguardando um trabalho em rede, que viabilizasse a saída do hospício. O CAPS tão logo foi inaugurado já fez essa transição, o que não só garantiu o retorno de dois usuários ao território, como os mesmos não voltaram a se internar, como no caso do primeiro paciente do serviço, o chamado 01 pela equipe, que estava internado em um hospital psiquiátrico da zona norte do RJ há algum tempo, apenas por falta de articulação em rede. Seu retorno familiar foi promovido a partir de uma ação compartilhada com o ACS da Clínica da Família, através da visita e busca ativa no endereço dos seus familiares e referências sociais.

¹⁵ O CAPS acompanhou os usuários de álcool, crack e outras drogas em parceria com a APS e com os dois consultórios na Rua de Manguinhos e Jacarezinho, e com a chegada em 2014 do CAPS AD III Míriam Makeba, alguns casos puderam ser compartilhados.

Por um bom tempo, só havia um CAPS tipo II nesse território. A chegada de mais um CAPS, sete anos após a sua abertura¹⁶ e com funcionamento 24 horas, ampliou e intensificou o trabalho junto aos hospitais para o acompanhamento dos casos da área que se encontravam internados, sem suporte familiar e/ou territorial. Foi a partir da implantação de um CAPS III no território, e do trabalho intersetorial que começou a ser delineado, que esses dois pacientes saíram da internação e que os casos graves tiveram acesso ao tratamento comunitário.

Na nossa realidade, percebemos o quanto essa integração facilitou o processo de trabalho e o quanto a inexistência desta articulação pode dificultar as ações, principalmente no que tange à acessibilidade e à integralidade do cuidado. No Complexo no Alemão, só foi possível chegar a casa dos pacientes a partir do trabalho em rede, que nesse território teve como principal condutor, o matriciamento realizado pelo CAPS às equipes de saúde da família, que foi sendo construído, passo a passo, a partir do trabalho territorial que as equipes vieram desenvolvendo. Essa aproximação deu início ao trabalho do CAPS com o território, que foi se delineando antes mesmo de qualquer organização do matriciamento, e facilitando a constituição das práticas do apoio matricial.

Partindo dessa configuração preliminar das demandas, a dimensão do cuidado pela equipe foi organizada em duas principais modalidades de intervenção: no CAPS e no território. Metafórica e concretamente falando, *dentro e fora da casinha*.

O CAPS e sua atuação intersetorial - A Relação com o território

Dentre os quesitos para implantação de um serviço de base territorial, está fundamentalmente a articulação em rede. A noção de intersetorialidade parte de um entendimento de saúde que considera as pessoas em sua totalidade, no sentido de demonstrar que ações resolutivas necessitam de parcerias entre diversos setores. Assim, torna-se impossível dissociar o conceito de intersetorialidade ao de rede, uma vez que a prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações.

¹⁶ O CAPS II Fernando Diniz foi inaugurado no ano de 2003 e ficou responsável pelo atendimento de toda a área da Leopoldina (Norte e Sul) da AP 3.1. O CAPS II Ernesto Nazaré, na Ilha do Governador, acompanhava o Sub-Sistema Ilha.

As redes intersetoriais são entendidas como aquelas que articulam o conjunto de organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

A intersectorialidade, a partir da construção das redes intersetoriais, constitui-se em estratégia para promover a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como recursos comunitários presentes no território. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da integralidade. O grande desafio é a articulação dos diversos setores na busca por soluções de problemas no cotidiano e na perspectiva do cuidado, de inserir os usuários no território em que vivem e na possibilidade de uma construção coletiva dos projetos terapêuticos individuais.

Ações intersetoriais envolvendo tanto os diversos setores governamentais, como também as organizações da sociedade civil, contribuem para maximizar os recursos e, conseqüentemente, potencializam o alcance da eficácia e da efetividade das intervenções.

A constituição de Fóruns Intersetoriais Regionais, constituindo fóruns permanentes deliberativos de articulação dos vários setores que atuam no território, facilitam a ação e a integração da saúde nessas ações e o enfrentamento articulado de problemas identificados como prioritários, como os fóruns permanentes de saúde mental.

Segundo Ramalho & at. (2012), “fazer rede é uma ação proativa das equipes de saúde mental em estar no território juntamente com outros profissionais, atendendo, mediando, acompanhando, discutindo o caso clínico, ou seja, matriciando.”

Onocko-Campos et al. (2017), fala que a articulação de instituições e profissionais constitui pedra angular da reorientação do modelo de atenção em saúde mental, sendo a necessidade de trabalho em rede um horizonte compartilhado pela quase totalidade dos integrantes do processo de elaboração de indicadores para avaliação dos CAPS III. Na produção de indicadores para evidenciar o efetivo trabalho compartilhado, aponta a relação entre projetos terapêuticos conduzidos simultaneamente pelos CAPS e demais serviços da saúde, ou de outros setores, com o número total de pessoas atendidas como forma de captar as capacidades de trabalho interprofissional e intersectorial, que traduzem para o plano operacional a noção de trabalho em rede.

Partindo desses princípios, o início do trabalho com o território se deu com o que chamamos de mapeamento e abertura de campo, em parceria com os ACS da clínica da família situada no mesmo complexo de saúde. O CAPS assume a tarefa primordial de

conhecer o território geográfico e existencial na qual precisaria se inserir, na perspectiva de identificar na dinâmica do contexto e das relações, as inúmeras situações de risco, sofrimento e vulnerabilidade social, assim como os fatores de proteção e potencialidades que permeavam a vida das pessoas no Complexo do Alemão.

O processo de aproximação e reconhecimento do território é iniciado, passo a passo, pelas equipes através de visitas sistemáticas ao conjunto de favelas pertencentes ao Complexo. Logo de saída nos deparamos com a forte presença do tráfico no espaço. No Complexo do Alemão, a existência de traficantes era muito maior que em alguns outros lugares da cidade e, depois de algumas visitas percebemos a presença constante e maciça de meninos e adultos jovens vendendo drogas em vias principais e nos becos e vielas de todo o complexo, circulando em suas motos e exibindo suas armas, em uma apresentação de poder. Algumas vezes, tivemos dificuldade de acesso ou de livre circulação devido à ocorrência de conflitos armados. Por vezes recebemos alertas dos moradores e dos ACS, chamando atenção para nossa segurança. À medida que nossa presença se tornou mais conhecida no bairro e nossa relação de trabalho com a ESF ampliou, esses cuidados também aumentaram.

Ficou claro que existem limites territoriais para os ACS e que são distintos entre eles e, saber a quem se dirigir e como se portar em determinados locais - “não olha muito pra lá não” - ou - “agora vai ficar mais complicado de subir” - foram orientações imprescindíveis, que devem ser respeitadas para a continuidade do trabalho de campo.

A violência em suas diferentes formas e manifestações, está entre os principais agravos que afetam a saúde e a vida das pessoas no Complexo do Alemão. Cenas de agressões físicas e verbais; venda do corpo em troca de drogas ou alimentos; violência sexual; crianças e adolescentes fora da escola trabalhando para o tráfico; homens e crianças armadas; pessoas mortas em becos e vielas; famílias sem ter o que comer foram algumas das situações encontradas e vivenciadas no dia a dia do trabalho no território do Complexo do Alemão.

Considerado como uma espécie de Matriz do comando vermelho, cuja maior atividade consistia na distribuição das drogas e armas para as demais comunidades pertencentes à essa mesma facção, o Alemão era visto como um território árido para o trabalho dos profissionais, que precisavam trabalhar diariamente com a possibilidade de um elemento surpresa. Por várias vezes, a equipe questionava e tinha receio de como chegaria a alguns espaços e como abordaria pessoas em contextos de extrema vulnerabilidade, violência e exclusão social. Endolação, venda e consumo de drogas de maneira explícita e abusiva eram, portanto, características desse território. Estávamos diante de um cenário

cujos aspectos demandavam da saúde pública, saídas complexas que nos colocavam na direção necessária de incorporar nesse processo, outros parceiros e práticas de cuidado que vão para além do campo da saúde.

O ponto de partida foi reconhecer o território como fundamental para o cuidado, considerando que nele pode-se identificar as reais condições de vida e necessidades dos usuários, assim como suas potencialidades e relações construídas. O fato de alguns profissionais do CAPS serem moradores do Alemão, contribuiu para a circulação das equipes e mediações com a comunidade, especialmente em situações que envolveram o chamado ‘poder paralelo’, como frequentes ameaças a pacientes de morte e agressões realizadas devido a atitudes ou comportamentos avaliados como inadequados pelas ‘leis da favela’, como se costuma dizer no morro.

Ao longo do trabalho, várias foram as situações de pacientes que, em momentos de crise, tiraram suas roupas em meio a comunidade, xingaram os traficantes e desceram o morro gritando palavras desconexas, colocando-se em risco por todo o território, precisando da intervenção desses profissionais, como os vigilantes e copeiras do CAPS, que pela relação com a comunidade, mediavam as conversas com essas ‘lideranças’, evitando maiores consequências aos pacientes e seus familiares, que por vezes, ficavam altamente vulneráveis. Para lidar frequentemente com situações tão complexas, aspectos como integração em rede e atuação no território, devem fazer parte do arcabouço vivencial de uma equipe de CAPS. Tratando-se de um CAPS III, essas ações se ampliam pela possibilidade de tecer essa rede, nas 24 horas do dia.

Entretanto, para o desenvolvimento de ações com base territorial, foi imprescindível a articulação com as Clínicas da Família e seus profissionais ACS, sendo critério básico para o trabalho no território do Alemão, assim como ações intersetoriais buscando parcerias e recursos na comunidade que potencializassem estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins, voltados para o cuidado e promoção da saúde, como PAC Social, que foi um dos primeiros projetos em discussão com o CAPS, e as chamadas Mães Sociais, espalhadas por todo o complexo do Alemão, que formam uma grande rede de suporte para famílias que precisam trabalhar, funcionando em suas casas, como “creches sociais”.

O critério para as ações territoriais estarem vinculadas a presença do ACS se define pelo fato desses profissionais serem reconhecidos como agentes fundamentais para o estabelecimento das parcerias intersetoriais, tanto por realizarem a divulgação das ações comunitárias desenvolvidas, quanto por conhecerem a comunidade na qual atuam, com

bastante potencial para identificarem as necessidades e as principais demandas da população. O ACS, como principal elo de ligação entre a unidade de saúde e a população, é ator importante da ação comunitária. É o agente facilitador para a identificação de problemas coletivos e para a mobilização comunitária.

Nessa experiência, o trabalho de articulação em rede foi fomentado desde a interlocução com as equipes de Saúde da Família (ESF), com os pontos de atenção às urgências e emergências da área (saúde mental e clínica), e aos pontos da rede intersetorial, como CRAS, CREAS, Justiça, escolas, UPP social, cultura, dentre outros, bem como, com a rede informal que foi se formando por meio de estratégias comunitárias de produção de condições de vida saudável, ou seja, tudo aquilo que faz parte do cotidiano da vida do usuário. “As parcerias e as redes de suporte social têm sido maneiras pelas quais se procura construir outro destino social para o louco que não a internação ou o abandono.” (Silva, 2005)

Para alguns casos, o protagonismo do CAPS como articulador da rede, pode se configurar como fundamental, apontando especificidades do trabalho em um CAPS III, que oferece ferramentas potentes de sustentação de situações complexas e com alto grau de vulnerabilidade, como no caso das crises dos usuários. Muitas foram as situações em que o CAPS foi o disparador de uma rede de cuidados junto aos recursos do território, que prescindisse do hospital psiquiátrico, como no caso de uma paciente acompanhada pelo serviço e pela Clínica da Família, moradora do Complexo do Alemão, que apesar da grande e potente rede que se formou para além dos muros dos serviços para o seu acompanhamento, tem o CAPS como o principal ator que faz o tecimento diário dessa rede, não deixando que se rompa em momentos de maior fragilidade e crise, quando por exemplo, bate em uma senhora na entrada da clínica da família, mãe de um rapaz pertencente ao tráfico de drogas do local, e é ameaçada de morte se for vista circulando pelo território. É uma situação que fragiliza todos os envolvidos e pode fragmentar ou romper o cuidado de base territorial, com riscos a tomadas de decisões reduzidas ao isolamento e exclusão social. Importante nesse caso, que a rede funcione de forma integral, articulada e contínua. O processo de tecer a rede nas 24 horas é que configura o CAPS III.

Na AP 3.1, assim como nas outras áreas programáticas do município, o apoio matricial, as supervisões de território a partir dos sistemas locais de saúde, os fóruns de saúde mental e de redes de saúde, são os espaços instituídos de construção do cuidado integral para todos os componentes da RAPS e parceiros intersetoriais. Nessa área, destaca-se o

matriciamento como a principal ferramenta condutora para a construção do acompanhamento integral e territorializado, e, antes mesmo de sua implantação propriamente dita, foram realizadas reuniões regulares com ESF e com a CAP 3.1, para alinhar as ações compartilhadas de cuidado no território.

A relação com as equipes dos pontos de atenção de urgência e emergência, foi sendo construída por meio das interlocuções referentes aos casos que chegavam diariamente as unidades, sejam levados pelos bombeiros, sejam acompanhados por familiares ou por meios próprios. Trocávamos informações sobre os pacientes e pactuávamos ações compartilhadas, o que em sua maioria estavam vinculadas ao encaminhamento ao CAPS para avaliação e acolhimento no serviço, ou acompanhamento intensivo na comunidade.

Para aproximar o trabalho e integrar as ações, compartilhamos com a unidade de emergência, as listas dos usuários acompanhados pelo CAPS, para as situações de crise que chegassem ao serviço, e com as clínicas da família, através das reuniões de matriciamento.

Nesse período, também realizamos muitos eventos de apresentação do serviço, de portas abertas e atividades de aproximação com a comunidade, para ajudar na integração com o território, familiares e parceiros do cuidado, como feiras, saraus, roda de samba com um café, festas juninas abertas a todos na parte externa da clínica da família, com acesso direto para a rua e comunidade, dando visibilidade ao trabalho do CAPS.

Entretanto, a violência interferiu diretamente no trabalho de acompanhamento territorial das equipes, que ficavam com suas atividades externas vinculadas a dinâmica diária do território. Quando o BOPE era acionado, sabíamos que algo de muito grave havia acontecido ou estava para acontecer, porque tratava-se de um Batalhão não convencional, que era chamado exclusivamente para situações excepcionais. Isso demandava da gestão do CAPS uma reorganização do serviço e da força de trabalho, além da aliança com parceiros estratégicos do território, como comerciantes, líderes comunitários, vigilantes, ACS, que serviam de termômetro das situações da comunidade, no que diz respeito às situações de conflito e violência. Acordar e buscar saber como estava o território naquele dia, fazia parte do rol de atribuições dos gestores dos serviços daquela área, para que pudessem organizar o dia de trabalho de suas unidades.

No CAPS, eram frequentes situações de profissionais com dificuldades em lidar com aspectos da violência local, o que provocava alterações na dinâmica do serviço, como mudanças nas escalas de trabalho, nas composições dos plantões e das atividades diárias do CAPS, assim como a organização do acolhimento noturno, que por vezes foi afetado pelo

contexto territorial. A exemplo das muitas situações vividas pela equipe neste contexto, duas profissionais (uma enfermeira e uma nutricionista), ficaram em meio a um conflito armado entre traficantes e policiais, enquanto realizavam uma atividade externa em uma das comunidades do Alemão, localizada bem atrás do CAPS, para atendimento domiciliar a um paciente que não estava indo ao serviço e, segundo relatos dos ACS encontrava-se em situação de vulnerabilidade.

A decisão de fechar as unidades, era compartilhada com a CAP - Coordenadoria de Área Programática de Saúde, que avaliava a situação com os gestores. Após um determinado período, o “Acesso Seguro”, coordenado pelo CICV, passou a ser uma das ferramentas utilizadas pelos gerentes, para análise dos riscos nos territórios em que essa estratégia foi implantada, o que ampliou a interlocução entre os serviços, o reconhecimento do território e a diminuição dos riscos para as equipes e usuários.

2.2 - O trabalho em equipe e o território

Entendendo a complexidade do território e considerando o contexto dinâmico do Complexo do Alemão, o cuidado foi sendo construído coletiva e cotidianamente, adequando-se às condições do lugar, das pessoas e do momento. O que se encontrou no território, foi o que determinou o modo de organização do serviço e a configuração do cuidado.

Com a chegada dos pacientes, foi se definindo os profissionais ou equipes de referência para acompanhamento dos casos, e se delineando as atividades internas, as oficinas e atividades coletivas e grupais, assim como o planejamento das ações externas, incluindo a formalização do Matriciamento.

O trabalho em equipe foi sendo pautado a partir das discussões e dos projetos terapêuticos de cada usuário, construídos nos espaços das reuniões e supervisões clínicas e territoriais. Um dos quesitos para se trabalhar no CAPS João Ferreira, foi a participação de todos os profissionais nas reuniões de equipe/supervisão, incluindo os profissionais administrativos, copeiras, vigilantes e limpeza. Isso foi critério básico para a construção do trabalho em equipe, com efeitos importantes no cotidiano do CAPS e na clínica com os usuários.

Fagundes & at. (2015), em um estudo sobre a reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro, diz que “o cuidado no âmbito dos CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto

Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, garantindo o acompanhamento longitudinal do caso (Portaria GM nº 3088/2011). O processo de cuidado está organizado de forma a oferecer oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar aos usuários e seus familiares, psicoterapia individual ou em grupo e apoio matricial às equipes de atenção primária. Além disso, espera-se que realize a articulação intersetorial no território de abrangência, coordene o processo de desinstitucionalização dos usuários em situação de longa permanência hospitalar e propicie apoio técnico aos programas de residências terapêuticas.”

Discutir sobre Projeto Terapêutico Singular, o papel do profissional de referência, trabalho compartilhado, assim como as redes e territórios de cuidado, acolhimento a crise no território e acolhimento noturno, foram pautas permanentes das reuniões, tomadas como direção de trabalho.

A pesquisa de Campos e colaboradores (2009) sobre o processo de trabalho nos CAPS III tem no técnico e/ou na equipe de referência um dos aspectos de maior importância na organização dos serviços, assim como a construção de projetos terapêuticos, tema também presente nos estudos de Miranda e Campos (2010) e Figueiredo (2007). A proposta do cuidado singularizado como aspecto central para o cotidiano do trabalho nos CAPS III também foi proposta por Vasconcelos, Machado e Oliveira (2013), de Sergipe. A presença dos CAPS III motiva a construção de uma “clínica antimanicomial”, segundo os autores, que propõem a utilização do Acompanhamento Terapêutico como estratégia de desinstitucionalização das práticas para os novos serviços, com ênfase no cuidado individualizado no contexto da cidade.

O Projeto Terapêutico Singular como linha guia do trabalho, deve ser pensado junto ao usuário e sua construção deve ser coletiva e seu manejo de forma compartilhada com os diversos atores do cuidado. Deve identificar e potencializar os recursos internos e externos dos usuários, possibilitando-lhes conduzir suas vidas e viver na cidade, rompendo com o estigma o qual vivenciam.

O PTS e as referências estão diretamente interligados à dinâmica de trabalho da equipe. Isso porque o profissional de referência é o responsável mais direto pelo paciente, mas não deve ser o único a cuidar do caso. Vai depender do trabalho em equipe e de sua interlocução para que o projeto do paciente seja viabilizado, na medida em que precisa ser compartilhado, caso contrário, corre-se o risco do cuidado ser conduzido de forma mecânica, fragmentada. Nesses casos, frequentemente nos deparamos com situações que afetam a

relação do usuário com o serviço e com os profissionais e, conseqüentemente, a sua dinâmica. Um exemplo disso está nos projetos que incluem as refeições no CAPS, que podem variar diariamente de acordo com a indicação clínica do caso. Pode ser que hoje seja terapêutico para o usuário tomar um café durante uma conversa com sua referência e até mesmo voltar amanhã, intensificando o cuidado e os dias no CAPS. Esse projeto precisa ser discutido entre os profissionais, estar claro para todos.

Como orientação para o cuidado, definimos em reunião que todos os usuários deveriam ter seu PTS discutido e definido de forma coletiva, tendo como orientação a avaliação da situação clínica, as condições de sua rede familiar e social, as habilidades e competências que devem ser desenvolvidas, o seu grau de autonomia e capacidade relacional, o estímulo ao protagonismo, suas fragilidades e a existência de patologias crônicas associadas. Devendo ser revisto e discutido sempre que necessário, e anexado ao prontuário do usuário, que deve constar prioritariamente, a informação de quem é o seu ACS e equipe da ESF na qual é cadastrado.

O Profissional de Referência como um dos dispositivos clínicos do arranjo organizacional do trabalho em saúde mental, deve tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial do paciente. No conjunto dessas funções, nem sempre este profissional tem formação técnica. Quando voltamos o nosso olhar para o cotidiano do CAPS João Ferreira, vê-se que muitos casos acompanhados pelo serviço, têm nos profissionais da copa e da vigilância, a referência principal para o seu cuidado, com efeitos importantes para a clínica e acompanhamento dos casos. No desenho do trabalho, esses profissionais estão próximos aos usuários em atividades básicas do cotidiano, de trocas e convivência. No contrato, são copeiras e vigilantes. Na prática, são copeiras e vigilantes agentes de cuidados, realizando na vida dos usuários a função de acompanhantes terapêuticos, que acompanham e agenciam no CAPS e no território, possibilidades de convívio social.

Partindo de um olhar da gestão, gerenciar todos esses aspectos dentro de um CAPS III, não é tarefa nada fácil. Exige uma organização do serviço que propicie um trabalho de fato colaborativo. Dentre as dificuldades encontradas para o gerenciamento desse trabalho, estão o tamanho da equipe¹⁷, diferentes concepções sobre o sofrimento psíquico e as práticas

¹⁷ Em uma equipe de CAPS III, onde temos um número maior de profissionais, cuidar para que o processo ocorra nessa direção e o PTS cumpra a sua função, é tarefa árdua e constante.

de cuidado, equipe de enfermagem ampliada e com formação reduzida no campo da atenção psicossocial e escalas longas de trabalho, que interferem na assistência oferecida pelo CAPS.

Dentro dessa perspectiva, a construção de escalas de trabalho que não possibilitem um trabalho integrado, em rede e no território, não deve ser adotada em um dispositivo como um CAPS III, caso contrário, reproduzirá a lógica manicomial de isolamento e fragmentação do cuidado, com frequentes ausências nas reuniões de equipe/supervisão e de supervisão de território, pouca interlocução com o restante dos profissionais, distanciamento das atividades diárias do CAPS, como matriciamento, visitas domiciliares, assim como, das atividades da área. A montagem das escalas e como se distribui a equipe no cotidiano do CAPS, é um dos determinantes da não fragmentação da clínica, favorecendo o compartilhamento do cuidado e o acompanhamento do percurso de tratamento do usuário, que significa *seguir*, considerando seu território e a rede.

Entretanto, essa é uma fragilidade do CAPS III. Por seu funcionamento nas 24 horas do dia, os profissionais precisam se revezar para estarem nas reuniões de supervisão e nas outras reuniões do serviço, e no cuidado aos usuários que estão em acolhimento e que permanecem na unidade. Em um CAPS III, onde o processo é dinâmico, está em constante movimento nas 24 horas do dia, a equipe precisa se encontrar, dividir o trabalho, compartilhar o cuidado, se reunir diariamente para discutir os casos, a clínica. Trata-se de fazer gestão da clínica. Isto quer dizer, que a organização do processo de trabalho interdisciplinar requer planejamento e realização de encontros entre a equipe.

Nessa direção, estabelecemos reuniões de início e de final de turnos para discussão e planejamento diário do cuidado, onde a equipe realiza as discussões dos casos em acompanhamento pelo CAPS e demandas de atendimento, seja na atenção diurna, no território e no acolhimento noturno, servindo de base para as passagens de plantão entre as equipes diaristas e plantonistas, sobre os casos em acolhimento no serviço, eventuais intercorrências e demandas de outras unidades. É o momento do dia em que a equipe se reúne e onde são discutidos os projetos terapêuticos dos pacientes, especialmente daqueles que demandaram o uso do leito ou intensificação do cuidado, avaliando a permanência ou entrada no acolhimento noturno e, onde se planeja as ações do dia e definem-se as prioridades de trabalho da equipe, como visitas domiciliares com os ACS e matriciamento.

Há o risco dessas reuniões por vezes serem meramente burocráticas, marcadas por discussões empobrecidas, reduzidas a componentes psicopatológicos e fisiológicos como por exemplo, se o usuário conciliou bem o sono, realizou as refeições e se está calmo. É

preciso estar atento a esses elementos, introduzindo nas discussões aspectos da vida do usuário, como sua história, contexto e relações - rede familiar e social.

O turno semanal da reunião de equipe/supervisão, foi organizado de forma a não desassistir a população nesse momento, elaborando estratégias que possibilitassem a avaliação e o manejo de casos que chegassem a unidade, onde não há possibilidade de adiamento da assistência e, o cuidado aos usuários que estão em acolhimento a crise no serviço, incluindo a hora do almoço. Em um CAPS III é fundamental que os profissionais acompanhem as refeições e compartilhem desse momento, não só em relação aos casos que podem chegar como para aqueles que permanecem em acolhimento. Pelo menos uma equipe mínima deve permanecer acolhendo quem chegue ao CAPS e quem pernitoou no leito, devendo ainda haver o revezamento entre os profissionais da equipe, para garantir a participação de todos na reunião e a continuidade do cuidado as crises dos usuários, que por vezes, mobilizam boa parte do turno da supervisão pela complexidade dos casos e pelo lugar onde acontecem, como as situações graves no território.

Além dos espaços de reunião, foram utilizados livros de comunicação interna como mais uma ferramenta de trocas entre os profissionais, de modo a facilitar a integração e a não fragmentação do trabalho, minimizando os ruídos na comunicação próprios de uma equipe mais ampla, com diferentes escalas de trabalho e categorias profissionais. Um catálogo de recursos institucionais do território, com informações referentes ao funcionamento, fluxo de porta de entrada, contatos e nome dos gerentes/diretores das unidades, montado com as informações do mapeamento territorial realizado pela equipe, ajudou nessa integração e interlocução com a rede.

Atualmente, a ferramenta do WhatsApp vem sendo utilizada pelas equipes nos diversos serviços de saúde incluindo os CAPS, como forma de comunicação e compartilhamento dos casos, porém verifica-se alguns problemas, como o uso indiscriminado dessa tecnologia em detrimento das discussões e reuniões nos serviços. Esse fato merece atenção e deve seguir de guia para novos estudos.

Depois de um tempo de trabalho e, a partir do aumento das demandas e fluxos de pacientes que passaram a frequentar o CAPS, discutimos em reunião a importância de um profissional de referência para operacionalização do cotidiano, do cuidado aos pacientes que buscavam o serviço diariamente, que ajudasse na organização dos fluxos na unidade. Uma espécie de um profissional volante, ordenador (ou organizador) de turno, para acolhimento, manejo e direcionamento das variadas situações que se apresentam como demanda no cotidiano de um CAPS III, ampliando o acesso do usuário ao tratamento. A figura desse

profissional é adotada em alguns CAPS e tem sido uma importante ferramenta para qualificar o cuidado dentro do serviço, na medida em que ajuda no percurso do usuário na unidade. Porém, a adoção dessa tarefa, não é ponto pacífico na rede, havendo discordância em relação a sua funcionalidade.

2.2.1 - Os conflitos na equipe: enfermagem x outras categorias

Um dos riscos observados no cotidiano do CAPS III, após um período de trabalho, é a divisão da equipe em duas categorias – técnica e de enfermagem, com separação de funções e da tomada de responsabilidade referente a avaliação e decisão das condutas terapêuticas e acompanhamento do projeto. No cotidiano do trabalho, é visto um contexto de conflitos nas relações entre as diversas categorias profissionais e a enfermagem. Os profissionais passam a se identificar como duas equipes dentro do serviço e a enfermagem a concentrar a maior parte de suas atividades na sala de cuidados/procedimentos, com rotinas engessadas, dirigidas a separação de medicações, com doses unitárias e com orientações aos usuários.

Observamos que na prática, alguns cuidados às situações de crise e o acompanhamento dos pacientes em acolhimento noturno, ficavam de responsabilidade da enfermagem. Atos como acompanhar o almoço, o banho, o sono, ajudar no uso da medicação e manejar situações de agitação psicomotora, ficavam na maior parte das vezes, a cargo da enfermagem, que referem certa exaustão de estarem no lugar de “faz tudo”, onde se reproduz uma lógica hospitalar de cuidado compartimentado. Discutem a função de um CAPS III para o trabalho interdisciplinar e o lugar dos outros técnicos nesse cotidiano, problematizando a questão da divisão entre equipe técnica e equipe de enfermagem. Falas do tipo “dar conta da crise fica a cargo da enfermagem”, eram recorrentes, trazendo consequências para o trabalho, sobretudo na continuidade do acompanhamento.

Cecílio, 2009, diz que “a divisão técnica do trabalho resulta na fragmentação de práticas e exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais”.

Para a composição das escalas de enfermagem e o acompanhamento diário delas, é preciso ficar atento ao empuxo às rotinas como as vividas nos hospitais, em relação a dinâmica da equipe. Pelo seu funcionamento 24 horas, no CAPS III vários desenhos de

composição do trabalho são propostos pelos profissionais, como as recorrentes trocas de plantão e pedidos de escalas espaçadas em regime de trabalho nas 24 horas do dia, observados na prática como fatores que implicam na qualidade da assistência prestada ao usuário, que ao contrário do que imaginávamos inicialmente, quando discutimos a possibilidade de adotarmos escalas de 24 horas de trabalho baseados na ideia de que o usuário permaneceria acompanhado no período noturno pela mesma equipe, na verdade afetam a dinâmica e a continuidade do cuidado. O número de horas no plantão em um CAPS III, cuidando da crise, matriciando, fazendo VD, indo ao território, além das outras atividades desenvolvidas por eles, aponta para uma exaustão dos profissionais, podendo levar a práticas reduzidas de acompanhamento noturno das crises, como colocar o paciente para dormir cedo, após tomar as medicações e jantar.

É grande o risco do CAPS III se tornar um mini hospital psiquiátrico, reproduzindo a lógica manicomial de cuidado por meio da burocratização das ações, com respostas prontas como um cardápio a ser seguido para todos os acolhimentos e condutas terapêuticas. Questões sobre o uso da medicação, da contenção e de regras e rotinas a serem seguidas, como protocolos de hora para as refeições que não podem ser flexibilizados de acordo com a proposta clínica de cuidado ao usuário, são procedimentos a serem intensamente discutidos diariamente, para que o CAPS não seja a atualização do manicômio.

É consenso que o funcionamento de uma unidade exige a instituição de um conjunto de tarefas, ações e protocolos, que ajudam na organização e clareza dos processos de trabalho e funcionamento do CAPS para a equipe, familiares e usuários. Porém, eles devem servir para facilitar e não burocratizar o cotidiano do serviço e do cuidado.

Cristina Loyola (2008), em suas notas sobre o cuidar em enfermagem psiquiátrica diz que:

“o lugar da enfermagem no campo da saúde mental, em particular, não é um lugar comum, nem por dentro e nem por fora. O movimento da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica no Brasil muda o setting do trabalho da área hospitalar para a área comunitária, e isso, historicamente falando, não é pouco para a enfermagem. Mudar o setting não é apenas mudar o endereço, e para a enfermagem psiquiátrica eu diria é quase outra profissão: mudam as relações, muda o lugar a partir do qual o paciente dialoga e, sobretudo, mudam suas possibilidades de agir e re-agir. Louco fora do hospício é diferente de transplantado cardíaco fora do mesmo, quer dizer menos medicação sedativa, menos ordem, menos hierarquia, pouca naturalização dos fatos, aumento do desejo e todas as consequências disso decorrentes.”

Loyola (2008) comenta que “a Lei nº 10.216 traz questões fundamentais e bastante ameaçadoras na constituição da enfermagem como profissão: a) cuidado comunitário, cujo constrangimento positivo se faz pela contenção comunitária; b) cuidado interdisciplinar, em que temos de lidar com o que não sei e que registra novo lugar para a figura profissional do médico; e c) noção de território, cujo conceito soma chão, gente e afetos”.

Embora a atenção em saúde mental seja tarefa de uma rede articulada de serviços, essa articulação deve incluir os recursos da comunidade para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade destinados às pessoas com transtornos mentais. Incluir no cotidiano de trabalho, práticas que utilizem tecnologias leves, que considerem os recursos do serviço e do território para o acompanhamento dos usuários, amplia as possibilidades de cuidado que prescindam do hospital psiquiátrico. Tomar um café fora do horário estabelecido pela rotina e organização da instituição, conversar na cozinha enquanto faz uma vitamina ou um suco, ir até o salão da comunidade durante sua permanência no acolhimento noturno, acompanhada por um profissional para fazer as unhas, produz atenção psicossocial. No lugar do manicômio, a cidade e produção de vida. Isso modifica a dinâmica do CAPS, o modo de operar o cuidado, com práticas para além do já previsto.

Como uma das estratégias pensada para cuidar da especificidade da prática da enfermagem em um CAPS III e minimizar efeitos considerados negativos para o cuidado, como a fragmentação da assistência e práticas ainda manicomial, estabelecemos encontros mensais com os enfermeiros e técnicos de enfermagem, como mais um espaço de gestão da clínica. A ideia dessas reuniões partiu da premência de escutá-los do ponto de vista da especificidade de suas funções, e deste modo, escutá-los em suas dificuldades, questões, ideias e, a partir disso trazê-los para o trabalho na atenção psicossocial, integrado ao resto da equipe. Todos os profissionais, durante esses encontros, foram unânimes em afirmar que o estabelecimento regular de espaços de diálogo da gestão com a equipe para construção da clínica, foram fundamentais para transformar os ruídos em trabalho e alinhar a direção do cuidado.

Outro ponto discutido foi a importância de se pensar no perfil dos profissionais para a composição dos plantões para a equipe do dia, considerando aspectos como gênero e categorias profissionais, enfatizando a importância de um profissional do sexo masculino na escala como estratégia de trabalho para determinadas ações de cuidado, voltadas, por exemplo, para o acompanhamento e manejo de situações difíceis e de crises no CAPS e no território. As escalas foram organizadas de modo a priorizar esse desenho, contemplando um cuidado mais qualificado e apoiado entre a equipe.

Outra questão vivenciada e que deve ser enfrentada na implantação de um dispositivo vinte e quatro horas, diz respeito a organização do trabalho dos médicos junto a equipe e propostas do serviço, baseadas na lógica da atenção psicossocial. Houve uma tentativa inicial por parte de alguns médicos em adotar o regime de agenda, com marcações fechadas de atendimentos individuais, feitas na recepção da unidade por um profissional administrativo, sem efeitos para o trabalho, uma vez que esse sistema não foi adotado como modelo de atenção a ser praticado no CAPS. Longe de repetir essa lógica, organizamos o cotidiano de trabalho com todos os profissionais, incluindo os médicos, que tinham como uma de suas atividades prioritárias, o matriciamento das equipes da atenção primária, visitas domiciliares e frequentes acompanhamentos no território.

A partir de então, o cuidado foi sendo delineado contando com recursos internos e externos ao serviço, incluindo diferentes atividades desde as oficinas, grupos, visitas domiciliares, acompanhamento territorial, encontros de rede e outras ferramentas que foram configurando o trabalho. Dentre as ações regulares adotadas pelo CAPS, destacam-se:

Visitas Domiciliares - Visitas domiciliares baseadas em estratificação de risco, e conforme a gravidade variou a intensividade do cuidado. Uma visita pode levar a um acolhimento no CAPS ou ao aumento da frequência com que o usuário é visto e cuidado pela equipe.

Visitas institucionais - acompanhamento aos pacientes internados em hospitais sejam eles Hospitais Gerais, Maternidades ou Hospitais Psiquiátricos, realizadas pelos profissionais de referência, com periodicidade definida a partir do caso e mínima de uma vez por semana, constando no projeto terapêutico singular de cada usuário e mantendo interlocução constante com o hospital, visando a articulação do cuidado comunitário para viabilização da alta o mais breve possível.

Trabalho territorial: Todos os profissionais da equipe realizam atividades que incluem o território do usuário e suas redes de cuidado e se revezam nestas atividades.

Atividades de Prevenção e Promoção da saúde: Trabalho integrado de prevenção e promoção de saúde e cidadania, desenvolvidas na área, junto aos parceiros da atenção primária e instituições da comunidade, como escolas, ONGS e UPP. Atividades como campanha de conscientização e cuidado sobre a dengue pelos becos e vielas da comunidade junto aos usuários e APS, eventos de Ação Global na vila olímpica do Alemão, com oficinas

de produção de mandalas e brinquedoteca, práticas integrativas junto a academia carioca, oficina de fuxico na comunidade e na clínica da família, roda de conversa sobre saúde e educação junto a UPP na quadra da comunidade de Nova Brasília, dentre outros, marcam algumas das ações importantes do CAPS de ativação de redes para o cuidado.

Academia Carioca – Ações integradas de saúde com a Academia Carioca pertencente a mesma estrutura que o CAPS, assim como o cadastro dos usuários no programa.

Agendamento de consultas na Atenção Primária à Saúde: todos os usuários, conforme sua condição de cronicidade, têm suas consultas agendadas junto à equipe de saúde da família, quando necessário com a mediação da equipe do CAPS.

Exames: Realização de testes rápido para detecção de HIV, Sífilis e Hepatites Virais e acompanhamento do processo de marcação junto à atenção primária, de encaminhamentos para exames e especialistas, bem como as ações necessárias para que o usuário possa comparecer a consulta/exame.

Participação nos Fóruns de Saúde Mental e Supervisão de Território: a equipe foi organizada dentro dos seus turnos de trabalho, para participarem dos Fóruns de Saúde Mental da área e Supervisões de Território.

Supervisão Clínico-Institucional: o supervisor deve realizar supervisão clínica institucional da equipe do CAPS semanalmente e supervisão da equipe do serviço residencial vinculado ao CAPS, para educação permanente e discussão dos processos de trabalho. Deve realizar também supervisão de território em atenção psicossocial, conforme pactuação com a CAP.

Formação continuada – Seminários internos no início do ano para discussão, avaliação e planejamento do trabalho com a equipe. Os principais temas discutidos foram atenção a crise no CAPS e no território, projeto Terapêutico, desinstitucionalização, o papel do CAPS III, trabalho em rede e matriciamento.

Colegiado de Gestão: o diretor/gerente se compromete a formar um Colegiado de Gestão, com participação comunitária, que tenha agenda mensal de reuniões para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações;

Assembleias: As assembleias de usuários, familiares e profissionais acontecem semanalmente no CAPS, e é cenário de discussão dos aspectos do trabalho e políticas de saúde mental.

Geração de Renda, trabalho e Cultura – Oficinas, grupos e Passeios: As oficinas e grupos vinculados ao CAPS, assim como as atividades coletivas, foram sendo criadas ao longo do trabalho, a partir das discussões com os usuários nas assembleias e nos espaços de convivência do CAPS. Distribuídas durante os sete dias da semana, nos espaços do serviço e da comunidade, seu funcionamento ficou vinculado as propostas técnicas de cada dispositivo e aos projetos terapêuticos dos usuários. Desta forma, nos finais de semana e no período noturno, esses espaços podem ser utilizados para o trabalho com os usuários e como ferramenta ao acolhimento a crise. Dentre eles, estão as oficinas de musicoterapia, futebol, oficina expressivas, de dança, Perfumaria, Produção de chinelos, Fique Esperto, bazar JF, Grupo Terapêutico e atividades de cultura e lazer nos espaços da cidade, para promover uma maior contratualidade e reinserção social dos usuários. Isso é um fator predominante no trabalho dessa equipe, que com regularidade ocupava as ruas, o trem, o metrô, o ônibus, como ferramenta prioritária para o cuidado.

Acompanhamento às famílias - O trabalho com os familiares e a rede social do usuário, teve sua efetividade através dos atendimentos individuais, em visitas domiciliares e acompanhamento conjunto com os demais dispositivos da rede. Desde a inauguração do serviço houve a tentativa de realização de grupos de familiares em horários e dias alternados, mas não houve adesão das famílias e os grupos foram esvaziando e perdendo a potência de trabalho. Observa-se certo tipo de receio, medo da exposição de suas problemáticas em meio a outros moradores do Complexo, cuja lei era do silêncio. Os pacientes sem referência familiar, em sua maioria demandavam um acompanhamento territorial mais intensivo, buscando construir vínculos no território, como vizinhos, amigos, ACS, como redes de proteção social.

Matriciamento da Atenção Primária a Saúde – O Apoio Matricial como o eixo principal do processo de trabalho do CAPS com a Atenção Primária, realizado semanalmente nas Clínicas da Família do seu território.

Desinstitucionalização – O CAPS realizou junto aos institutos municipais de saúde e a rede intersetorial, o acompanhamento da clientela ainda institucionalizada, com fins a reinserção

social, retorno familiar ou inserção em Residências Terapêuticas. Todos os profissionais da equipe técnica acompanharam os pacientes em processo de Desinstitucionalização referidos ao CAPS e os moradores dos dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), implantados em 2011 nos bairros do Méier e de Ramos, respectivamente, articulando o cuidado com a equipe de atenção primária de referência daquele território para acompanhamento regular de saúde, considerando os efeitos da longa institucionalização.

Assim como o Matriciamento, a desinstitucionalização foi tarefa prioritária no início das atividades do CAPS como direção de trabalho, e incluída nas agendas regulares de trabalho da equipe. Em 2011, acompanhamos o fechamento da Casa de Saúde Drº Eiras em Paracambi, pela coordenação de saúde mental, e trabalhamos a desinstitucionalização de pacientes oriundos deste local e transferidos para duas clínicas de apoio no território da 3.1 (Clínica de Apoio SEMEL e Clínica Jardim América); uma localizada no subsistema Leopoldina Sul e a outra, no Subsistema Leopoldina Norte, área de responsabilidade do CAPS II Fernando Diniz. A decisão pelo trabalho a ser realizado pelo CAPS João Ferreira foi dada pela coordenação de saúde mental por avaliarem que no momento, este serviço apresentava maiores recursos para o trabalho, considerando o seu funcionamento 24 horas, leitos de retaguarda noturna, equipe ampliada e trabalho de matriciamento da APS em curso.

Esse trabalho exigiu do CAPS a princípio, a articulação com as assessorias de desinstitucionalização e de residências terapêuticas da SSM/SMS, da coordenação de saúde mental, por meio de discussão de casos com supervisores deste eixo e serviços de saúde mental e participação em Grupos de Trabalho de Desinstitucionalização com CAPS, as Equipes de Segmento das RTs e os Institutos Municipais de Saúde.

A segunda etapa desse processo envolveu o acompanhamento das transferências dos usuários e ações diretas na clínica com os profissionais, direção e usuários, exigindo da equipe uma organização e disponibilidade de idas semanais às unidades, que foram realizadas por duplas de profissionais que passaram a compor miniequipes de desinstitucionalização, que estavam na unidade três vezes por semana. As ações de desinstitucionalização foram discutidas e planejadas a partir da supervisão clínico-institucional ofertada e organizada nas duas clínicas, inicialmente pelo CAPS João Ferreira e, posteriormente, também pelo CAPS Fernando Diniz. Cada supervisor ficou de referência para uma clínica, referente ao território de abrangência do CAPS.

2.2.2 O Alemão em guerra e a pacificação do Complexo: “O Dia D”

Durante o período de implantação do CAPS III, seis meses após a sua inauguração, o complexo do Alemão sofre uma intervenção militar pelas forças especiais do BOPE, com o intuito de pacificar o território. Algumas pessoas se referiam a esse evento como a “Batalha do Alemão”, a maior e mais significativa ação policial da história brasileira recente.

Em uma decisão tomada pelo governo do estado do Rio de Janeiro, junto ao Secretário de Segurança Pública, o Comandante-Geral da Polícia Militar, o Chefe da Polícia Civil, bem como outros representantes das forças policiais, como Polícia Federal, além da Marinha do Brasil, assistimos e vivemos no dia 28 de Novembro de 2010, a retomada do Complexo do Alemão, considerado o “dia D”, ou seja, o dia em que todas essas forças, unidas pela primeira vez em toda a história do Rio de Janeiro, incursionaram no Complexo do Alemão, a fim de retirá-lo do jugo do tráfico de drogas.

Todos os dias, os noticiários relatavam que o BOPE estava incursionando pelo Complexo da Vila Cruzeiro, progredindo em direção ao Complexo do Alemão. Os canais de TV, praticamente, modificaram suas programações normais e deram prioridade ao que estava acontecendo naquele momento, com a segurança pública na cidade do Rio de Janeiro. Todas forças de segurança estaduais, isto é, as polícias militar e civil, bem como a Polícia Federal e, extraordinariamente, a Marinha do Brasil, estavam atuando juntas em uma missão, em uma comunidade que era considerada como o reduto principal da facção criminosa denominada de Comando Vermelho.

O cenário diário era de guerra. Bem a nossa frente, estavam posicionados os blindados da Marinha e os caveirões¹⁸ do BOPE, prontos para o ataque. A porta da unidade serviu de posto para as forças armadas e para todos os canais de TV do mundo inteiro. Em meio a tudo isso, usuários do CAPS circulando em um entre e sai desenfreado e, a equipe manejando e mediando situações com o território, como no caso de Pedro, que chega ao CAPS montado em um cavalo e com um galão de gasolina na mão, muito desorganizado, sujo, pedindo ajuda: “Estão querendo me pegar. Acham que eu coloquei fogo nos ônibus!”.

Uma das estratégias de cuidado aos usuários no período pré-ocupação e pós-ocupação (ações que antecederam a invasão e pós-invasão), incluiu conversas com os militares que passaram a ocupar as ruas do Complexo, para apresentar o serviço, sua função e usuários que acompanha. O objetivo era apresentar o tipo de trabalho realizado pelo CAPS

¹⁸ Blindados do BOPE - unidades estratégicas que levavam os policiais até o local da incursão.

e as especificidades da clientela acompanhada pelo serviço. Chamamos para uma conversa, acompanhada de um café, alguns profissionais que mantinham seu posto na rua do CAPS e na porta da unidade. Sem nenhuma combinação ou marcação prévia, atravessei a principal via que corta todo o Complexo, me apresentei como diretora da unidade de saúde ao primeiro soldado que avistei do outro lado da calçada e perguntei se ele aceitava tomar um café na unidade. Para nossa surpresa, o convite foi recebido como uma oportunidade do mesmo falar da exaustão emocional que estava passando nesse processo de ocupação do Alemão e do quanto estava sendo importante para ele um momento de parada. Em sua maioria, eram jovens rapazes, não preparados para uma ação tão complexa que era estar no Complexo do Alemão. Em uma conversa rápida, falamos sobre os pacientes que circulavam pelas ruas daquele território e a função de cuidado do CAPS nas 24 horas do dia.

No Dia “D”, em que a invasão de fato ocorreu, fomos para o CAPS. Com uma equipe que conseguiu chegar até o serviço formada por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um vigilante, uma profissional do apoio administrativo que ficava na recepção e a direção da unidade, nos reunimos em uma força tarefa para receber os usuários que chegassem a unidade em busca de apoio. Acolhemos os que chegaram, orientamos quanto ao que estava acontecendo e dispensamos medicação para alguns dias, porque não sabíamos por quanto tempo precisaríamos ficar com as atividades reduzidas. Não havia nenhum usuário em acolhimento no CAPS.

Os momentos foram de terror. A retomada do Complexo do Alemão pelas forças especiais do Bope modificou a dinâmica do serviço e a organização das atividades da equipe. A prioridade naquele momento passou a ser a recepção dos casos que chegassem ao CAPS e que tivessem qualquer relação com a invasão. Com a intervenção, foi preciso agregar no rol das atividades realizadas pelo CAPS, atendimento e ações voltadas para situações variadas, a partir de uma orientação técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

Após a invasão, o CAPS serviu de base para o trabalho do secretário de saúde do município e sua equipe, que utilizaram os espaços do serviço para acompanhamento e orientação das ações de saúde a serem desenvolvidas, que devido a sua localização central, reuniu as diversas ações e pessoas, inclusive a imprensa, que ficou de campana na porta da unidade. Ao CAPS, coube receber e acolher todas as situações que chegassem ao serviço e que tivessem relação com a intervenção no complexo.

Além dos casos já acompanhados pelo serviço, a equipe passou a receber diariamente situações de crianças e adolescentes, estresse pós-traumático, dentre outras, como os casos de usuários de álcool e outras drogas, que continuaram chegando.

Recebemos muitas situações de crianças e seus familiares a partir do Projeto Brincação, da atenção primária, criado especialmente para receber e acolher essas situações, fazendo uma primeira avaliação das demandas que chegassem. Uma tenda foi montada no térreo da unidade, ao lado da Clínica da Família e reuniu vários profissionais da saúde, para oferecer, a partir da brincadeira, um espaço de acolhimento e escuta para as várias situações que surgiram como efeitos do processo de pacificação da comunidade.

Muitas famílias chegaram à tenda e puderam falar dos problemas vividos com os dias da ação militar. Em sua maioria, mães que relatavam situações graves de violências sofridas, afetando a saúde dos seus filhos. Algumas brincavam com seus meninos pela primeira vez, assim ouvimos de uma delas.

Acompanhamos esse trabalho em parceria com a Clínica da Família e recebíamos no CAPS as situações mais delicadas que precisariam de outros encaminhamentos e acompanhamento mais singular, como a de uma menina de dois anos de idade que havia sofrido um tiro de bala perdida enquanto dormia em sua casa e após esse ocorrido, passou a ficar em baixo da cama e praticamente a não falar. Esse caso demandou não só escuta no CAPS, mas principalmente a articulação em rede, tomando o cuidado para a sua não exposição, considerando sua particularidade que devido ao momento, tomou grandes proporções na mídia. O CAPS disparou, articulou essa rede, que seguiu acompanhando a menina e sua mãe.

Casos muito graves que ficaram velados por longo tempo em meio ao Complexo do Alemão, começaram a aparecer. O número de crianças e adolescentes que chegavam à unidade com sintomas dos transtornos mais comuns na infância e adolescência, que necessitavam de atenção diária e de uma rede intersetorial de cuidados era grande, chamando atenção para se pensar o acesso ao tratamento e desenvolvimento de políticas públicas na área, para essa parcela da população.

Essas situações intensificaram ainda mais o projeto de atendimento a crianças e adolescentes na AP 3.1. O CAPS serviu de espaço para o início de um projeto piloto, que posteriormente foi deslocado para a clínica da família na região da Penha, e depois veio a se transformar no primeiro CAPSI da área, localizado na Maré, região de grande demanda e também violência armada.

Muitos casos surgiram após a instalação da UPP. A violência gerada pelo tráfico de drogas e pelos policiais relatadas pelos usuários e pelos profissionais que moravam no território, revela situações de agressão física e moral sofridas no período pós-invasão, não só pelas ruas da comunidade, mas como também em suas casas, que foram reviradas e

danificadas na busca por suspeitos, drogas e armas. Uma copeira do CAPS relembra um episódio sofrido em sua casa, quando policiais armados reviraram tudo em busca de drogas ou armas e abrem os sacos de alimentos que estavam na cozinha, como farinha e açúcar, despejando-os pelo chão de toda a casa após não encontrarem nada.

Entretanto, com a entrada da UPP, observamos momentos de pacificação, o que facilitou as ações no território, ampliando o acesso tanto das equipes como dos usuários que passaram a circular pela comunidade, menos ameaçados, tendo mais acesso a rede e equipamentos do território. Porém, a ‘lei do tráfico’ permaneceu a mesma, que continuou vendendo drogas e agredindo e matando quem descumprisse suas leis, porém de forma mais velada.

A experiência de trabalho deste CAPS buscou dialogar com a pluralidade de necessidades que emergiram da retomada do Complexo do Alemão pelas forças especiais do BOPE, que demandou maior articulação e ativação de redes intersetoriais que garantissem a continuidade do acompanhamento dos usuários na comunidade em momentos de crise e vulnerabilidade, considerando o aumento dessas situações como prioridades de cuidado do CAPS, que chega ao final de 2013 (setembro) com um total de 532 usuários em acompanhamento pelo serviço¹⁹.

O Matriciamento, foi uma das principais ferramentas desse trabalho, que possibilitou a construção de um cuidado possível nesse território. Vainer (2015), comenta que a proximidade e a parceria com a ESF, tem demasiada importância em relação a violência no território. “Além da garantia de entrada e saída das ações empreendidas no território, minimiza riscos para a equipe do CAPS, garantindo a continuidade do trabalho em suas frequentes incursões”. Observa ainda, que “a discussão permanente sobre as situações vividas pela população no tocante à violência, dá visibilidade aos efeitos deste problema para todos os envolvidos, usuários do CAPS e da atenção primária, profissionais moradores, como os ACS, e profissionais vindos de outras partes da cidade”.

¹⁹ Dados retirados do consolidado mensal da Atenção Psicossocial (SSM/SMS), preenchido pelos CAPS.

2.3. Matriciamento

2.3.1 O matriciamento como ampliação do cuidado

Dentre as estratégias elencadas pelo Ministério da saúde (2004) a serem utilizadas pelos profissionais dos CAPS de apoio às equipes de Saúde da Família, destaca-se o Apoio Matricial em Saúde Mental que objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, retaguarda técnica especializada a tais equipes. O Apoio Matricial, ou matriciamento, é um arranjo formulado por Campos (1999) que almeja aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde na atenção Primária à Saúde.

Considerando-se a realidade brasileira em que a Saúde da Família é a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde para reorganizar a APS e que as diretrizes da Política de Saúde Mental apontam para a necessidade de se investir em serviços e ações de base territorial, o apoio matricial em saúde mental é uma estratégia importante que fortalece o desenvolvimento de ações de saúde mental na SF. Além disso, conforme Dimenstein et al (2009), a Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa avançar no que se refere ao fortalecimento das APS, já que muitas equipes de SF se sentem desprotegidas, sem capacidade para enfrentar as demandas em saúde mental que chegam aos serviços, especialmente nas situações mais graves e/ou críticas. O apoio matricial, dessa forma objetiva, dar suporte a essas equipes. (MINOZZO, 2011)

O apoio matricial visa então, ações conjuntas das equipes matriciais e equipes de SF. Nesse arranjo organizacional, o profissional responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de SF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, visitas domiciliares conjuntas, abordagens familiares, coordena e planeja grupos conjuntamente, além de participar de iniciativas de educação permanente. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades (BRASIL 2010).

Minozzo (2011), em uma pesquisa de Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de Saúde da Família, no município do RJ, diz que “o apoio matricial consiste em um arranjo organizacional que busca investir no cuidado em saúde mental na estratégia Saúde da Família. O desafio baseia-se em realmente se efetivar o cuidado em saúde mental, nesse nível de atenção, em consonância com os princípios da reforma Psiquiátrica e da Atenção Primária à Saúde, buscando-se mais responsabilização e

resolubilidade.” Sinaliza a “coexistência dos modelos asilar e psicossocial nas práticas de cuidado das equipes. No que se refere ao modelo psicossocial, foi apontada a importância do vínculo entre profissionais e pacientes, a relevância da escuta, das trocas entre os usuários e de práticas que contemplem a compreensão do contexto em que as pessoas estão inseridas. Mas, também foram identificadas concepções vinculadas ao modo asilar, principalmente nas situações de crise, em que foram indicadas práticas que incentivam a hospitalização, a falta de contratualização com os usuários e familiares, a medicalização e a dependência do saber médico.”

Considerando esses aspectos do trabalho, as ações de matriciamento precisam investir no fortalecimento da clínica psicossocial, auxiliando os profissionais da SF no rompimento com as atitudes ainda voltadas ao modo asilar. Trata-se de transformar os processos de trabalho e qualquer modo de relação com o território, a comunidade e os usuários e seus familiares, cujo desafio central deva ser o de qualificar as equipes para o cuidado territorial e desmistificar o estatuto de periculosidade dada ao louco e o lugar da loucura na comunidade, ou seja, a ideia da loucura como algo perigoso, que não se pode tratar em liberdade.

Num território como o Complexo do Alemão, com tantas particularidades como já bem discutidas nesta pesquisa, o Matriciamento foi tomado como uma tarefa fundamental do serviço.

2.3.2 Matriciando os parceiros: a experiência com a atenção primária

Iniciamos a prática do matriciamento em um território coberto por vinte equipes da Estratégia da saúde da Família, distribuídas em três Clínicas da Família localizadas na Avenida Itararé que atravessa o Complexo do Alemão, entre os morros do Adeus e do Alemão, apoiando a organização no nível da atenção primária em saúde. Iniciamos o trabalho com o compromisso de agenciarmos um conjunto de ações clínicas e de gestão compartilhada, envolvendo vários atores e profissionais nessa tomada de posição. Muitas reuniões de equipe foram dedicadas à discussão e à organização deste trabalho e, antes mesmo do funcionamento integral das atividades do CAPS, os profissionais já se organizavam para que um turno de trabalho fosse dedicado exclusivamente ao matriciamento em saúde mental. Essa foi uma tarefa direcionada para todos os profissionais do serviço, incluindo a equipe de técnicos de enfermagem e de oficinairos que também se organizavam

em duplas de matriciadores, com um profissional de nível superior e um de nível médio. Cada matriciador apoiava em média duas equipes da ESF, em encontros semanais nas clínicas da família, preferencialmente, durante as reuniões de equipe. Havia ainda pouca clareza sobre o assunto e sobre essa prática e, a pergunta “o que é o matriciamento” era comum aos profissionais do CAPS e da ESF.

O critério básico de somente entrar no território acompanhado pelos agentes comunitários, foi um dos elementos que ajudou na implantação do matriciamento, uma vez que aproximou as equipes e integrou as ações, ao mesmo tempo que o apoio matricial ajudou o CAPS a se apropriar do território. Desta maneira, a atuação dos profissionais no território passou a estar vinculada à presença da ESF, já que não conhecíamos bem o lugar e, tampouco, éramos conhecidos. A necessidade de parceria com a ESF para entrar nesse território tornou-se, então, um facilitador no processo de implantação do matriciamento, assim como, para a confirmação da potencialidade do CAPS como serviço de base territorial.

O matriciamento foi sendo desenvolvido a partir da construção de parcerias de trabalho que potencializaram a atuação da ESF no cuidado integral à saúde. Como uma nova forma de produzir saúde a partir da ampliação dos olhares e da construção compartilhada do cuidado, o matriciamento proporcionou de saída a troca de saberes entre as duas equipes: a da Saúde Mental e a da Saúde da família. Esses encontros trouxeram a oportunidade do entrosamento entre as equipes e da realização do cuidado integral. Antes de discutir um caso e de compartilhar a construção de uma intervenção, por exemplo, era preciso que as equipes se conhecessem e compreendessem a forma diferente, porém, necessariamente aproximada de trabalhar.

Os encontros iniciais começaram com conversas sobre saúde mental: ouvir as equipes, saber de sua compreensão sobre a saúde mental, de suas dúvidas e preconceitos, nos permitiu abordar alguns temas como vínculo, acolhimento, escuta clínica, diagnóstico, trabalho em grupo e equipe multidisciplinar. Em vários encontros, acolhemos também as questões específicas das equipes da ESF. Escutamos e aprendemos sobre ‘como é ser agente comunitário de saúde’: suas dificuldades, algumas histórias pessoais, as cobranças das gerências das unidades e da população, seus medos em lidar com pacientes com transtorno mental e suas inseguranças em falar sobre o tráfico e sobre os usuários de drogas no Complexo do Alemão.

Os gerentes das Clínicas da Família mostraram uma ideia vaga e distorcida sobre o trabalho do CAPS, apesar dos inúmeros encaminhamentos realizados para a saúde mental. Os agentes de saúde desconheciam a função do serviço e afirmavam praticar ações de saúde

mental baseadas no senso comum. Perguntas do tipo: “o que é Atenção Psicossocial”, “como produzir atenção psicossocial” e, “o que fazer quando não há manicômio”, começaram a fazer parte dos encontros de matriciamento e a possibilitar mudanças nos processos de trabalho na atenção primária.

No início, a maioria dos encontros de matriciamento aconteceram fora das reuniões de equipe da ESF, chegando a serem realizados semanalmente. No entanto, o momento era também de expansão do número de profissionais tanto do CAPS quanto da atenção primária e das consequentes mudanças nos horários e na organização dos processos de trabalho. Como efeito dessas mudanças, passamos a estabelecer encontros quinzenais entre as equipes, realizados preferencialmente durante as reuniões da ESF e a lidar com constantes mudanças nas escalas dos matriciadores, devido à alta rotatividade de profissionais nas clínicas da família, principalmente de médicos e enfermeiros, o que por vezes impediram a continuidade do trabalho, que precisava ser constantemente reiniciado.

Com a parceria estabelecida entre o CAPS e a ESF, houve um ganho imediato para os usuários já referidos ao CAPS. A aproximação do trabalho através do matriciamento, além da proximidade geográfica entre as duas unidades, possibilitou o acompanhamento de demandas clínicas e do cuidado integral aos usuários, ampliando o acesso a exames, consultas periódicas com seu médico e acompanhamento da Hipertensão, pré-natal, realização de curativos, entre tantos outros cuidados em saúde.

A ferramenta da visita domiciliar foi muito importante nesse processo e inicialmente, foi um dos recursos mais solicitados pelos profissionais da ESF aos matriciadores, seguindo a lógica de atuação frequente dos agentes comunitários de saúde. Porém, pouco a pouco, introduzimos a importância da discussão do caso na reunião de equipe da ESF como um modo de conhecer a situação do usuário e de aproximação com sua história, sem que fosse necessário realizar a VD como primeiro recurso. As consultas conjuntas também foram ofertadas como uma ferramenta para a aproximação da equipe do CAPS aos casos de saúde mental acolhidos nas Clínicas da família. Ao mesmo tempo, notamos que somente através das visitas domiciliares seria possível atender e acompanhar casos muito graves como, por exemplo, os de cárcere privado. Em relação a esses casos, observamos uma ampliação significativa do acesso ao tratamento ao identificarmos que alguns destes usuários já haviam sido atendidos em serviços de saúde mental em algum momento de suas vidas, mas não conseguiram dar continuidade ao tratamento.

Muitas situações graves, trazidas pelas equipes da ESF para o matriciamento, exigiram do CAPS o estabelecimento de ações conjuntas de trabalho para casos como de

uma mulher de 48 anos, moradora da principal comunidade do Complexo do Alemão no quesito violência, que passava o dia todo na rua catando lixo e colocando-o em um carrinho de mão para depositar em sua casa ou vender. A situação de insalubridade e de risco de desabamento da casa mobilizou diversos atores do território. Anos antes da chegada do CAPS nesse território, uma ação para a remoção do lixo acumulado na casa de M. resultou em sua primeira internação em um hospital psiquiátrico da cidade, cujos efeitos foram devastadores. Apesar da urgência de todos que nos exigiam uma “solução”, o trabalho proposto pelo CAPS a partir do cuidado compartilhado foi o de acolhimento, escuta e defesa dos direitos de M., sendo preciso negociar, em vários momentos, um tempo marcado pela construção de uma resposta coletiva desses diversos dispositivos que garantisse um lugar para ela. Este caso se destaca, portanto, pela quantidade de atores envolvidos, pela parceria com a ESF e pelo acolhimento que dispensou o recurso da internação psiquiátrica, ilustrando algumas das situações clínico-pedagógicas e de gestão compartilhada que o matriciamento promove. Por esses fatores, voltarei nesse caso mais a diante, discutindo em detalhes, o acompanhamento construído em rede e no território.

Processualmente, o trabalho compartilhado dos casos de saúde mental foi se dirigindo também para a construção coletiva de dispositivos de acompanhamento aos casos mais leves de sofrimento psíquico junto à ESF, embora as equipes ainda não se sentissem totalmente preparadas para absorver toda esta demanda, entendendo muitas vezes que esta tarefa caberia ao ‘especialista’ de saúde mental.

As clínicas da família passaram a se autorizar mais para o acompanhamento dos casos no território, a partir do apoio do CAPS, o que incluiu o matriciamento médico para o manejo do uso das medicações e o cuidado com o que estava sendo prescrito. Com o tempo, a diminuição dos pedidos frequentes de receita e encaminhamentos equivocados, aparece no cotidiano de trabalho do CAPS, marcando um efeito importante do matriciamento nos modos do cuidado ofertado pela ESF.

Desta forma, vivenciamos uma maior aproximação das clínicas da família no cuidado em saúde mental, na medida em que essas equipes passaram a ousar, um pouco mais, nas ações do campo da atenção psicossocial, ampliando o acesso e promovendo aos usuários uma atenção mais integral. Do mesmo modo, tal aproximação permite incorporar ao cotidiano de trabalho, algumas iniciativas desse campo como incremento da lógica do trabalho coletivo.

Conforme fomos avançando com as práticas de matriciamento, começamos a experimentar mudanças no que diz respeito não só a dinâmica de trabalho do CAPS, mas

especialmente, no funcionamento das equipes da estratégia de saúde da família e consequentemente, uma mudança, ainda que tímida, na cultura da comunidade do Complexo do Alemão quando o assunto era saúde mental e sofrimento psíquico, confirmando a possibilidade da construção permanente de uma rede de atenção em saúde para os moradores do território e afirmando o lugar do CAPS como serviço de base territorial. Nesta tarefa, também podemos destacar um protagonismo necessário deste dispositivo ao promover uma circulação de lugares no processo de trabalho, na qual apoia e, ao mesmo tempo, é apoiado por seus parceiros.

Segundo Oliveira (2015), os profissionais de saúde mental do CAPS contribuem, por exemplo, no que diz respeito à abordagem dos preconceitos vinculados à loucura e à figura da pessoa com transtorno mental, trabalhando para a construção de outro olhar sobre as questões do sofrimento psíquico.

A ferramenta do matriciamento nos mostra que é possível constatar como o CAPS no papel de matriciador assume seu protagonismo para a construção deste processo. “O trabalho vivo, em ato, da construção permanente da lógica do apoio matricial, dá condições para a existência do cuidado em saúde mental ‘do lado de fora’, sustentado pela disponibilidade das equipes em construir, a cada dia, num território de tantas tensões e desafios, o acesso ao cuidado em saúde mental.” (MATOS et. al., 2012)

Entretanto, gerenciar um CAPS III para efetivação desse trabalho, com uma equipe com tantas diferenças e com o aporte do acolhimento noturno, é um grande desafio para os gestores desses serviços. No CAPS, encontramos profissionais com diferentes saberes e formações, com especificidades que se misturam no cotidiano com ações que são comuns, como as oficinas, os grupos, o matriciamento, as visitas domiciliares, dentre outras ações, que permitem um trabalho mais integrado, abrindo espaço para a tomada de responsabilização do cuidado integral as crises, marcando a diferença do modelo manicomial, compartimentalizado e fragmentado do hospital.

Todos esses fatores corroboram para a necessidade de estratégias que integrem modos de gerenciamento e a clínica praticada nos serviços (ONOCKO CAMPOS ET AL., 2009), para que o CAPS cumpra o seu papel de substitutivo no cuidado as crises.

CAPÍTULO III: CRISE E CUIDADO CONTINUADO EM QUESTÃO

Mais do que apresentar e discutir conceitos sobre crise encontrados na literatura, o que apresentaremos neste capítulo, é o percurso que a equipe do CAPS faz para a construção do cuidado as crises no território, a partir de suas concepções, experiências e práticas no cotidiano de trabalho, inscritas na experiência de implantação do CAPS III como um serviço de base territorial, disponível para o cuidado contínuo nas 24 horas do dia, nos 7 dias da semana.

Importante destacar que os pontos aqui descritos partem das discussões e elaborações iniciais de uma equipe para implantar um serviço novo ainda no contexto do Rio de Janeiro e ainda incipiente em boa parte do Brasil, nas reuniões de supervisão e reuniões diárias de início e fim de turnos, nos seminários clínicos realizados anualmente em que o CAPS discutiu os processos de trabalho e, fundamentalmente, a questão da crise, seus sentidos e a forma de enfrentá-los. Então vamos as conversas!

3.1 Construindo o cuidado à crise em um CAPS III

A crise faz parte da vida das pessoas e tem relação com seus diversos aspectos. Assim, como lógica que substitui o manicômio, o CAPS deve se relacionar com estes sentidos da vida lá onde acontecem. Então, para se responsabilizar pela crise, o CAPS precisa manter-se inserido na cidade, fazer laço com o território e acionar diferentes recursos comunitários e de saúde. Segundo Elia (2013), “Um dos aspectos apontados por diversos autores para o sucesso de um modelo de atenção à crise que se caracterize por ser comunitário, e não hospitalar, é a organização do serviço. É fundamental a presença do serviço no território. É preciso que o serviço conheça os recursos territoriais, os possíveis percursos do território, que frequente as casas dos pacientes e que possa ter uma presença na vida da comunidade. Isso traz sensação de segurança e proximidade das famílias com os trabalhadores e facilita as intervenções.”

Outro ponto positivo da presença do serviço na comunidade é a possibilidade de atuação nas dimensões espacial e temporal, de modo a possibilitar que a reordenação da experiência em crise possa ter mais subsídios. O sujeito em crise, para que não seja apartado do contexto de nexos que lhe diz respeito, necessita de que haja uma relação muito próxima entre o serviço e o território. É importante ainda reconhecer que um serviço integrado à

comunidade tem efeitos também na relação da sociedade com a loucura. Só assim é possível que se redimensionem estigmas tais como o da periculosidade ou da incapacidade do louco.

A organização do serviço é fundamental no acompanhamento das crises. Neste aspecto, o acolhimento noturno é apontado pelos mais diversos autores como uma ferramenta importante. Ou seja, para atender uma crise, é preciso que os serviços comunitários funcionem em regime de 24 horas por dia, sete dias por semana. Para que se possa ter continuidade, para que se reconheça que uma crise não se encerra às cinco horas no fim do expediente e para que se possa receber o sujeito em horários inusitados, próprios da imprevisibilidade da crise, e da subjetividade humana (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; AMARANTE e TORRE, 2001).

As intervenções não devem se limitar ao indivíduo e sua dinâmica própria, abrangendo também a família e a comunidade, buscando a inserção em espaços comunitários e/ou intersetoriais de convivência (como a Academia Carioca, atividades esportivas, culturais, artísticas e de lazer existentes na comunidade) que promovam o acolhimento e a criação de vínculos de suporte-mútuo. Podem ser muito úteis intervenções assistenciais coletivas na unidade ou na comunidade, como grupos e/ou oficinas, por exemplo: Grupo de Gestão Autônoma de Medicação (GAM); Terapia Comunitária; grupos de promoção de qualidade de vida, como grupos de dança, de alimentação saudável, de tratamento ao tabagismo; grupos da rede de garantias de direitos para pessoas vítimas de violência, grupos de ajuda e suporte mútuos para usuários e para familiares.

O cuidado com os cuidadores diretos, na maior parte das vezes a família, assim como as relações entre usuários e aqueles com quem convivem, são partes indissociáveis do cuidado. Acolher as famílias/cuidadores sem julgamento de valor, encarando-os como corresponsáveis pelo tratamento, é essencial para o entendimento da situação e a proposição de estratégias de cuidado. Trabalhar com as famílias/cuidadores auxilia na avaliação quanto aos riscos e as possibilidades de cuidado no território, bem como a compreender os padrões de adoecimento, as comorbidades clínicas e a história familiar. Incorporar a família no tratamento abre maiores possibilidades de intervenção e construção de uma rede de laços significativos para o usuário em sofrimento.

A composição da equipe por profissionais de diferentes categorias e experiências diversificadas no campo da saúde e da saúde mental, contribuiu para a construção de uma direção de trabalho pautada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial.

O cuidado às situações de crise foi um dos assuntos mais debatidos pela equipe no CAPS e evidenciou diferentes concepções sobre o tema. “O papel substitutivo dos CAPS, em geral, e dos CAPS III, em particular, passa invariavelmente pela capacidade de lidar com os momentos de crise de seus usuários.” (ONOCKO, 2017)

A atenção à crise foi sendo construída a partir das discussões do que cada membro da equipe entendia como sendo crise e da experiência que alguns profissionais traziam sobre esse cuidado desenvolvido no primeiro CAPS III do estado. Até então, a experiência que tínhamos, com exceção desses profissionais, era a do acompanhamento à crise na internação em hospital psiquiátrico, seja através da internação feita pelos outros serviços (CAPS II, ad e CAPSi, além dos ambulatórios), ou da experiência na emergência psiquiátrica. Trocando em miúdos, uma coisa é o que está escrito nas portarias, outra coisa é a concepção de cada um do que seja crise e outra ainda é a manifestação apresentada pelos casos.

A partir dessas vivências e dos ensinamentos adquiridos nos acompanhamentos dos casos é que fomos construindo um modelo do que seja o acolhimento noturno. As discussões iniciais foram permeadas por diversos pontos que nos ajudassem a definir quais elementos deveriam ser considerados para a indicação do uso do acolhimento noturno como um ponto da estratégia para se manejar as crises. Muito além de se definir “perfil de crise”, discutíamos qual era a direção do tratamento a ser dada e que tipo de rede deveria ser construída na comunidade e no território, de forma a auxiliar no acolhimento e cuidado a essas situações. Isso incluiu discutir a permanência dos usuários no CAPS em acolhimento diurno e noturno, o tempo do acolhimento, bem como quais as ações deveríamos disparar e articular para esse cuidado intensivo. Desde o início, se fez necessário que subvertêssemos as recomendações propostas pelas portarias, para acolher os usuários no tempo indicado para o caso.

No início do trabalho, nos deparamos com algumas situações de crises que provocaram questões tais como a dúvida se iríamos conseguir dar o devido contorno no CAPS ou se o melhor encaminhamento deveria ser a internação hospitalar. Tais impasses se davam devido à insegurança por parte da equipe no que diz respeito a acolher no serviço determinados “tipos de crise”, sobretudo quando se tratava de situações de extrema agressividade e de agitação psicomotora.

Nessas discussões, nos questionávamos o que haveria no hospital psiquiátrico que não fosse oferecido como ações de cuidados em um CAPS III. Através dessa discussão, tivemos sempre o cuidado em não repetirmos a lógica manicomial tão presente no hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo em que questionávamos a eficácia do CAPS III, construindo estratégias para sua funcionalidade como um serviço substitutivo ao manicômio.

Com o passar do tempo, vimos que tais ações poderiam ser feitas em um CAPS III, uma vez que, o que é oferecido em um hospital, como recursos humanos, serviços de hotelaria, remédios, material para contenção, dentre outros, podem e devem ser ofertados por um CAPS, que além dessas ofertas, dispõe principalmente dos recursos territoriais, facilitados pela proximidade com a casa, com a família e com a rede social.

A questão da contenção como uma ferramenta clínica em um CAPS III, ou seja, a sua eficácia, foi um dos assuntos exaustivamente discutidos nos espaços de reuniões do serviço, como algo a ser questionado, problematizado e não naturalizado. Loyola (2008), diz que “temos de desconfiar da contenção física, essa variável soft de um mau serviço.” Em última instância, tal encaminhamento passa pela autorização feita pela equipe, a partir da discussão dos casos, levando em consideração os aspectos clínico-institucionais, onde podemos observar efeitos nos modos de cuidar da crise no CAPS, que passa a usar, prioritariamente, o recurso da palavra como ajuda para algum tipo de contenção.

O CAPS passou a receber diariamente em sua porta de entrada, situações variadas envolvendo estados de crise e/ou de vulnerabilidades que indicavam risco psicossocial no território, como pacientes apresentando prejuízos da autonomia para gerir a própria vida; fragilidade do suporte familiar e/ou comunitário; presença de sintomas de alteração do pensamento e da comunicação que comprometiam a gestão da vida pelo sujeito; exposição à violência em suas distintas expressões: negligência, psicológica/moral (por exemplo, ameaça, assédio), física, sexual, financeira/econômica, tortura, intervenção legal, violências cotidianas no território e histórico de tentativas de violências contra si, dentre outras situações.

Pacientes agitados, em surto psicótico, sob efeito de substâncias psicoativas, outros jurados de morte no território pelos traficantes, seja por dívidas adquiridas pela compra de drogas, por pequenos furtos na comunidade, ou por agressões, além da circulação sem roupas em momentos de crise, que muito fragiliza e expõem os pacientes e seus familiares na comunidade, foram as situações mais frequentes colocadas como desafio de trabalho para a equipe, considerando a crise inscrita na continuidade do cuidado.

Outro ponto discutido pela equipe, está relacionado a questão da estrutura do CAPS, como um fator que às vezes emperra o trabalho em um serviço 24 horas, no que se refere ao acompanhamento de algumas situações de crises. O projeto arquitetônico, onde não está incluída uma área externa, livre, prevista, por exemplo, para quem seja fumante ou que apresente riscos de circular sozinho, pode ser um problema para o cuidado. Devido à porta aberta, sem um quintal ou uma área externa, que ofereça um certo continente espacial e de

segurança, tanto para o usuário, quanto para o seu familiar, assim como para a equipe, muitas vezes nos deparamos com situações de pacientes que ao saírem da unidade, sem pactuação prévia ou acompanhamento, colocam-se em situações de risco.

A questão da estrutura influenciou no modo de se acolher a crise. Em alguns momentos, a estrutura física serviu de barreira de acesso, quando em momentos de conflito armado no território, o usuário precisou ficar mais restrito nos espaços do serviço, que não oferece uma área para melhor circulação, interação ou até mesmo, fumar um cigarro. Em outros, a própria característica estrutural foi o determinante para a construção de alternativas para além dos espaços do CAPS, para o acompanhamento das situações de crise, como a situação de uma usuária que tinha como projeto de manejo da crise, ir diariamente à sua casa, acompanhada de um profissional, para cuidar de suas galinhas e patos e colocar roupas na máquina para lavar e, ao retornar ao serviço, costumava sentar-se no espaço criado pelo serviço como varanda, para descansar da caminhada e conversar com seu profissional de referência sobre as idas a sua casa e a permanência no acolhimento noturno.

A ausência desse lugar provoca uma fragilidade no cuidado, especialmente nas situações de crise, quando os pacientes demandam uma maior circulação, que requer um acompanhamento mais protegido. Podemos ilustrar a importância desse dispositivo, a partir do relato de um usuário acompanhado pelo CAPS: um homem de 58 anos nomeou como ter um “RABO”, as estratégias pensadas para o seu acompanhamento nos momentos de crise, em que permaneceu no serviço em cuidado e acolhimento integral, quando demandava por diversas vezes, ir até a “varanda” e área externa, para fumar, comprar um lanche ou tirar dinheiro no caixa eletrônico em um mercado próximo ao serviço (localizado há uns 300 metros do CAPS).

Para ajudá-lo nas mediações e trocas na comunidade e na circulação pelo bairro, destacávamos um profissional para ser seu acompanhante terapêutico nessas situações. Em geral, essa atividade era realizada pelo seu profissional de referência, pelo vínculo já estabelecido entre profissional e usuário, que se referia a esta ferramenta como positiva para o seu cotidiano. Relata que no seu caso, é “preciso ter vários RABOS para controlar seus impulsos e não se acabar de vez nas drogas”. Ter um “RABO” significa, para ele, ter quem o acompanhe e o ajude em situações que o coloquem em risco ou vulnerável, como circular pelo território sozinho em momentos de maior fragilidade.

Manter esses espaços funcionando como ferramenta clínica de cuidado, tornou-se fundamental e, para tanto, foi preciso também uma gestão contínua dos recursos materiais, incluindo outros parceiros nesse processo. Na experiência do CAPS, contamos com a

encarregada da limpeza e com a administradora do serviço, que diariamente ajudavam na sua manutenção, além dos usuários, que passaram a “secretariar” a dinâmica da unidade e os recursos utilizados para o manejo das crises. Até hoje o CAPS tem um usuário que se intitula o “Secretário” que, desde a implantação do serviço acompanha e cuida do funcionamento e uso dos recursos e discute em assembleias e, em reuniões com profissionais e direção da unidade sobre esses aspectos, considerando a importância de cada um deles e sua preservação como espaço de cuidado.

Em alguns momentos, foi necessário trabalharmos com a porta mais restrita para os usuários que estavam em acolhimento e que demandavam cuidado mais intensivo no CAPS, como em casos de risco de suicídio ou agitação psicomotora, o que na prática significou acompanhá-los nos espaços e recursos internos do serviço e manejar essa estratégia com os outros usuários que não estavam em crise e com seus familiares, exigindo da equipe uma maior organização diária do trabalho.

Entretanto, para além da função da estrutura como ferramenta clínica, o eixo central das discussões foi a importância de se fazer rede para além dos recursos existentes dentro do CAPS III. Um serviço de saúde mental na orientação da atenção psicossocial precisa funcionar em parceria com o território. O que substitui o hospital psiquiátrico é se relacionar com o fora, com a vida e com a cidade e não o CAPS.

Com relação aos critérios iniciais formulados para a ocupação dos leitos de acolhimento noturno, foi decidido que a prioridade deveria ser dada aos usuários matriculados, porém devendo estar aberto às necessidades da rede, tanto para apoio aos casos de referência de outros CAPS, oferecendo-se como retaguarda de cuidado e podendo até evitar internações em hospital psiquiátrico (Vainer, 2015). Considerando que a atenção à crise não deva se restringir ao acolhimento noturno, outros recursos foram aí incluídos, tais como a continuidade à atenção domiciliar aos pacientes nessas situações.

Um dos impasses colocados ao acolhimento à crise no CAPS estava relacionado ao manejo dos casos no espaço da convivência interna. Falam de impressões iniciais da dificuldade de manejar pacientes em crise com os que estivessem no serviço para o seu atendimento diário, com o entendimento de que isso provocaria uma desordem geral do cotidiano do CAPS e no estado dos usuários, afetando quem não estivesse em crise e os usuários em acolhimento, como se fosse possível separar as duas coisas.

Essa concepção inicial de como deva ser o lugar para cuidar da crise, parte de uma preocupação da equipe de como organizar o cotidiano do CAPS, quais ferramentas seriam disparadas para o manejo da crise nos diversos espaços dentro e fora do serviço, sobretudo

na comunidade, chegando a proporem que fosse instalado uma porta de vidro separando os quartos dos outros espaços do serviço, tais como convivência e espaço externo.

No curso do trabalho no CAPS, essas concepções foram sendo trabalhadas em supervisão semanal e nos seminários clínicos anuais construídos para que a equipe pudesse discutir as nuances da clínica em um CAPS III, de casos tão graves como ali atendidos, baseadas na concepção de que acesso e acompanhamento devem se articular para além do espaço do serviço, do mero ato administrativo de cadastrar na unidade. A clínica praticada nos CAPS, é marcada por diferentes pontos de vista, que tanto pode enriquecer a discussão nos serviços, como pode fragmentar o cuidado.

Como na experiência do CAPS II estudado por Elia (2015), a questão da sintomatologia psiquiátrica permeia toda a discussão no JF. “Os profissionais falam de sintomas como delírios, alucinações, embotamento afetivo, mania e depressão como critérios para a crise, além do risco e tentativa de suicídio, como critério clássico de emergência psiquiátrica. Mas, principalmente, os sintomas mais abordados foram a díade agressividade e agitação psicomotora. Se alguns acreditam que a crise se define pelos sintomas, outros pensam que os sintomas podem ser simplesmente a forma de expressão de uma crise.” (Elia, 2015)

O parâmetro principal deve ser o conhecimento da equipe sobre o caso, principalmente do técnico de referência, de maneira que a crise pode se apresentar de diversas maneiras. Os técnicos devem estar atentos a mudanças da lógica que orienta as relações do paciente consigo, seu corpo, sua família, a comunidade e o CAPS, e que não se restringem a descrições psicopatológicas.

A compreensão da crise inserida numa história de vida e em seu contexto, marcada por uma relação intrínseca com o território e com social é marcadamente influenciada pelos italianos (DELL’ACQUA e MEZZINA, 2005) e permeia o discurso da maioria dos integrantes do CAPS, principalmente daqueles que demonstram um percurso de formação e de trabalho mais próximos ao campo da saúde mental, embora a posição de alguns profissionais seja mais influenciada pela psicanálise.

O primeiro seminário interno realizado no CAPS promoveu discussões sobre atenção a crise e levantou várias questões, dentre elas: se o CAPS entendia o social como crise; como seria a porta de entrada; se o CAPS funcionaria como porta de entrada para as emergências, incluindo a articulação ou fluxo com ambulâncias do município e se o CAPS iria virar uma emergência. A equipe ainda discutia crise como vinculada a quadros de

alterações da sensopercepção e agitação psicomotora, assim como para o uso do acolhimento noturno.

Desta maneira, os elementos clínicos que indicam o uso do leito como projeto terapêutico e o tempo de permanência no acolhimento noturno, não é consenso dentro da equipe do CAPS III. É um assunto muito discutido, com a presença de várias contradições e concepções do que venha a ser uma crise, causando por vezes, a permanência do usuário por um tempo maior em acolhimento, ou o não uso do leito para acompanhamento da crise. Isso cria problemas na relação de trabalho entre a equipe, que acabam ou por tomar decisões não compartilhadas do PTS, ou de se eximir da responsabilidade da avaliação e tomada de decisão para o acompanhamento. Um exemplo de caso:

Uma mulher de 66 anos, moradora da parte alta do complexo do Alemão, é encontrada por mim, que frequentemente acompanhava a equipe em visitas domiciliares para ajudar nas articulações no território, e por um enfermeiro do CAPS, em sua casa, em baixo de uma montanha de cobertores e objetos degradados, que estavam em cima de sua cama, após a clínica da família nos procurar, dizendo ter um caso muito urgente no território, que demandava cuidados em saúde mental. Subimos o morro acompanhados pelos ACS, que se espantaram com a situação. Sabiam que ela estava pela casa devido aos sussurros desconexos que ouviam durante as visitas, mas ainda não a tinham encontrado. Referiam medo com o que podiam se deparar no meio do caos que estava a sua casa.

Reviramos tudo e lá estava ela. Bem debaixo dos objetos, pequenina e toda encolhidinha. Pelo estado que foi encontrada, supõe-se que estava lá há dias. Seu estado físico e mental era crítico. A carregamos no colo até o CAPS enrolada em um lençol, tamanha era sua fragilidade. Estava pele e osso e praticamente não falava. Foi avaliada pela equipe do CAPS, da ESF e atendida na UPA para a realização de exames emergenciais. Na clínica da família fez exames complementares e seguiu em acolhimento no CAPS até que pôde retornar para sua casa.

Permanecia bem por um bom tempo, até que seu filho, usuário importante de álcool, começava segundo ela, “daquele jeito”, que significava ficar pelas ruas bebendo e gastando todo o pouco dinheiro que ganhava vendendo sucatas que catava pelas ruas. Morava com seu marido e o filho e nesses momentos, desorganizava novamente, ficando vulnerável pelo território, sem comer, tomar banho e referindo-se as pessoas com xingamentos e agressões físicas.

Os acolhimentos no CAPS tiveram a função de mediar a relação com o território e com a família e cuidar mais de perto de sua saúde, em parceria com a clínica da família. Idas ao salão de beleza que frequenta semanalmente para pintar o cabelo e fazer as unhas, ao shopping para comprar utensílios domésticos e renovar a mobília que se estragou em meio a objetos em decomposição e ir ao banco, fizeram parte do PTS no cuidado a crise enquanto permaneceu no acolhimento e já em sua casa.

Entretanto, a condução do caso no CAPS sempre foi permeada por diferentes concepções de manejo clínico e tempo de permanência no acolhimento. Uma parcela da equipe achava que ela ainda precisaria da mediação do serviço, para que retornasse ao território. Outra parte, que o mandato do CAPS era apenas a remissão dos sintomas. Essa ambivalência, fragmentava o cuidado e por vezes protelou o seu retorno para casa. Há casos, que por falta de articulação potente de recursos externos ao CAPS, permanecem por um tempo maior no acolhimento.

3.1.1 A intersetorialidade no cuidado à crise

Alguns pontos do trabalho do CAPS III João Ferreira se destacaram como potencializadores do cuidado à crise, prescindindo do hospital psiquiátrico, como a interlocução direta com o fora, isto é, com recursos externos ao CAPS durante o acolhimento, como ir à noite na esquina comer um hambúrguer com o paciente (o informal como cuidado). Isso se mostrou como uma tecnologia eficaz ao cuidado na comunidade.

Certa vez, uma usuária acompanhada no CAPS, com histórico de uso e de tráfico de drogas, chega ao serviço às 2hs da madrugada, após ter sofrido ameaças de morte em outro município onde morava, por estar devendo aos traficantes. Com uma atitude extremamente arisca e debilitada clinicamente, com aparente emagrecimento e sem nenhum suporte familiar ou rede de apoio, relata que precisava falar com alguém porque senão passaria a noite toda “se detonando nas drogas”. Foi recebida pelo enfermeiro de plantão, que foi até à cozinha com ela, onde passaram um café e, em seguida, lhe foi oferecido escuta na sala de TV do serviço, onde permaneceram até que o dia amanhecesse e que a mesma pegasse no sono e pudesse descansar por algumas horas e depois seguir seu tratamento no CAPS, sem que naquele momento, se colocasse em risco ou até mesmo fosse internada ou voltasse para a prisão.

A porta aberta do CAPS possibilitou o acolhimento a situações de crises e de extrema vulnerabilidade, seja devido a algum rompimento com familiares ou com o território, evitando internações e reinternações de pacientes que, antes da existência do serviço nesse território, tinham como única resposta ao sofrimento a internação nos hospitais psiquiátricos da cidade ou os chamados “corretivos” do poder paralelo. Isso reforça a ideia de que o CAPS III seja, de fato, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Nas primeiras semanas de funcionamento do serviço, o modo de operar os acolhimentos noturnos em relação ao tempo de uso dos leitos, se deu conforme indica a portaria e acabamos por transferir um paciente para a internação em hospital psiquiátrico quando precisou ficar em acolhimento por um período superior aos dias previstos conforme legislação. Apesar dessas recomendações, a clínica do paciente foi nos mostrando a importância de alguns permanecerem no serviço por um tempo maior e o quanto isso foi ajudando no estabelecimento de vínculos com o CAPS, com o tratamento, assim como, para o estreitamento de laços familiares sem que houvesse uma suspensão territorial e de sua rotina doméstica, com efeitos importantes para o seu cotidiano na vida e circulação no cidade.

Esses efeitos podem ser observados no caso já exemplificado neste estudo, de uma senhora acompanhada pelo CAPS que, em momentos de crise, precisava estender seu tempo de permanência em acolhimento no serviço, devido a fragilidade e vulnerabilidade clínica e psíquica que apresentava nesses períodos, que eram manejados por idas diárias a sua casa, acompanhada por um profissional, para limpá-la, rever o marido e para cuidar de suas galinhas e patos. Como ela mesma dizia “vim botar ordem no galinheiro”. Isso lhe ajudava a se organizar e a aceitar os cuidados da equipe, que gradualmente foram sendo reduzidos na sua intensividade, passando a ficar em acolhimento durante o dia e a dormir à noite em casa, até que pôde voltar para um projeto de cuidados menos intensivos, sem a permanência integral no CAPS, mas com uma presença mais regular em sua casa da equipe da ESF, através de visitas diárias, para um café com bolo e cuidados clínicos como aferição de pressão.

A dinâmica do CAPS III nos ensina a ampliar o conceito de crise, ou seja, a ideia do que seja crise para além do paciente estar agitado, quebrando tudo, vinculada apenas a manifestação sintomática, tais como delírios e alucinações e a agitação psicomotora. Questões relacionadas à dinâmica familiar e à circulação pelo território são também consideradas. O CAPS III foi nos ensinando que era necessário discutir a ampliação do conceito de crise, assim como a sua atenção em todas as suas dimensões, a partir do espaço

de convivência, bem como dos atendimentos (individuais ou coletivos) no CAPS ou no território, através de ações intersetoriais.

Outro encaminhamento proposto diz respeito à continuidade de tal ação nas eventuais internações hospitalares. As diferentes ações continuadas à situação de crise devem fazer parte do projeto terapêutico do usuário. O CAPS situa-se, portanto como o protagonista na organização e no tecimento de uma rede para a execução desse cuidado, como dispositivo que dispara, organiza uma rede de cuidados, para além do serviço e do uso do acolhimento/leito noturno.

O uso exclusivo do leito para o acompanhamento das crises reproduz a lógica manicomial, que prioriza o leito hospitalar e a internação, como único recurso de cuidado. Embora haja diferenças entre o acolhimento noturno no CAPS e a internação em leito de hospital, como já discutidas nesta pesquisa, é fundamental que os recursos pensados para o cuidado às situações de crise sejam oferecidos para além dos espaços do CAPS.

O fato de o paciente ir todos os dias ao CAPS, não significa que ele esteja necessariamente institucionalizado. Dependendo do grau de gravidade do seu quadro, ele precisa desse cuidado intensivo. Muitas vezes encontra-se tão fragilizado, não sendo possível voltar para casa. Muitas vezes, o paciente pede para ficar no CAPS, devido à vulnerabilidade no território. A questão da violência do território como indicador de risco psicossocial que desorganiza e fragiliza o paciente, aparece como elemento diário de discussão e trabalho para a equipe neste CAPS, dadas suas características de tantas tensões e sofrimentos, como bem ilustradas nessa pesquisa. Muitos foram os problemas sofridos com as represálias aos pacientes quando, os mesmos, cometiam algo na comunidade, que segundo as ‘Leis do Tráfico’, era considerado infração grave, cabível de punição. Gritar pelos becos, sair pelada morro a fora sussurrando palavras desconexas, com xingamentos e agressões e cometer pequenos furtos, eram situações frequentes vividas pelos usuários, e mediadas pelas equipes do CAPS e da ESF. A frase que se ouvia diariamente por todo o território, quase que como um mantra, era: “aprontou na comunidade, apanha ou vai para a vala.”

Um bom exemplo disso é o caso de um paciente que recorre ao acolhimento noturno todas as vezes que o território está violento, com ameaças a sua integridade. As vezes em que tentou fazer isso sozinho, por alguma negativa ao seu pedido de acolhimento, se colocou extremamente em risco, fazendo uso de grande quantidade de álcool e cocaína, andando sem eira e nem beira por vários quilômetros, chegando a ficar perdido por dias pelas ruas da cidade, retornando ao CAPS após busca ativa intensa da equipe e articulação em rede. O mesmo paciente, com frequência tem indicação do uso do acolhimento noturno devido a

questões clínicas oriundas do uso de álcool, que segundo ele “serve para dar conta das vozes e do lixo que se transformou.” Tinoco está sempre vulnerável pelo território, demandando ações de acolhimento e rede no território.

Esse mesmo paciente acompanhado pelo CAPS, diariamente era abordado por policiais pelas ruas do Alemão. De aparência descuidada e, por vezes alcoolizado, portando bolsas, sacolas e objetos encontrados nos lixos, como latas e garrafas, sofria ameaças e agressões, recorrendo ao CAPS todas as vezes que se sentia ameaçado e, solicitava ficar em acolhimento noturno. O pedido não era de internação ou de uma cama para dormir, mas de proteção. Seu projeto precisava incluir o uso do acolhimento ou pernoite nessas situações, que o desorganizava totalmente, como os frequentes tiroteios, impedindo sua permanência no território e conseqüentemente, seu retorno para casa. Tinoco morava sozinho e necessitava da ajuda do CAPS continuamente, para administrar o seu cotidiano na cidade e a relação com a comunidade e seus familiares. Contava com um acompanhante terapêutico e com os recursos do CAPS e território, como o dono do bar próximo ao serviço e a sua casa, que com frequência, era acionado por nós como retaguarda ou manejos de algumas situações. Mais do que produzir acesso e a continuidade do cuidado por sua equipe de referência, isso significava acolher uma situação que poderia transformar-se em uma crise do usuário, ou seja, prevenção de crise.

Para Willrich et al. (2014), crise é o momento em que a sociedade enxerga a doença e que em caso de agressividade na qual o usuário possa criar confusão pela rua, assustar, ameaçar as pessoas cria-se uma situação de desordem pública. Como sabemos, a psiquiatria constituiu-se como detentora do saber e responsável pela vigilância e controle da ordem pública.

“Entretanto, se o CAPS que trabalha na lógica do modelo substitutivo, não der conta da atenção à crise, não se responsabilizar por atender a essas situações, acabará por gerar dois resultados: primeiramente, o hospital psiquiátrico atenderá essa demanda e, em segundo lugar, uma consequência do primeiro, reforçará o sentido social de que é necessária a existência do hospital psiquiátrico e de suas práticas - isolamento, violência, relação de poder. Deste modo, é necessário que os CAPS assumam a responsabilidade pela atenção à crise e pelo controle da ordem, pois caso isso não for feito, o serviço perde legitimidade social.” Willrich et al. (2014)

Outra problemática com a qual cada vez mais nos deparamos, é a de casos que precisam de Unidades de Acolhimento (UAAs), que não necessariamente precisam de

cuidados em leito de CAPS III, mas de um pernoite ou hospedagem sob cuidados de uma equipe técnica, para o acompanhamento das vulnerabilidades sociais.

A proximidade com duas unidades de saúde ampliou o cuidado dos usuários e a manutenção de alguns casos no acolhimento noturno, pela retaguarda e recursos que esses dois dispositivos oferecem, como a facilidade para realizar exames, tais como teste para gravidez, HIV, coleta de sangue, dentre outros, assim como, para a realização de curativos específicos e atendimentos de urgência na UPA às situações clínicas noturnas apresentadas pelos usuários durante o acolhimento. Muitas foram as situações em que chamamos os médicos e outros profissionais no CAPS, e outras tantas que fomos até a UPA, para avaliação de quadros clínicos agudos, como intoxicação por substâncias e infartos.

Em um CAPS III, não é incomum que situações graves dessa ordem ocorram durante o período do acolhimento noturno. Devido à complexidade e gravidade dos usuários que utilizam os leitos, estes podem sofrer eventuais descompensações do seu estado clínico, de difícil manobra e que demandem cuidados imediatos para além do ofertado no leito de retaguarda clínica no CAPS, sobretudo no período noturno, feriados e domingos em que o CAPS não conta com médicos na equipe do dia. Nessas situações, quadros de tremores, salivação intensa, rigidez mandibular e agitação psicomotora importante, que precisaram de avaliação médica imediata, foram atendidos na UPA.

Essa interlocução com as duas unidades, foi o que proporcionou a retaguarda necessária à permanência de alguns casos no acolhimento do CAPS, especialmente no que diz respeito às avaliações nesses períodos em que a equipe fica reduzida (noturno, finais de semana e feriados), e a rede comunitária como atenção primária e os outros CAPS e dispositivos da rede estão fechados, contendo apenas a emergência como recurso. É onde a necessidade de se fazer rede se torna ainda mais importante, para que avaliações e encaminhamentos equivocados não sejam feitos, como no caso de uma menina de 16 anos, que chega ao CAPS no período noturno acompanhada pelos pais, por ter cometido duas tentativas de suicídio. A equipe atende a família e avalia que a “menina está bem, tranquila, embora ainda com ideação suicida” e, a encaminha para a emergência de referência, alegando “não ser caso para ficar no acolhimento noturno, mas precisar de avaliação psiquiátrica na emergência”. Para quê? Qual o lugar da emergência? Qual o lugar ou função do CAPS III para esses casos?

Fazer rede no território implica preparar o terreno para a continuidade do cuidado nos momentos em que os parceiros formais fecham. É preciso abrir portas e contar com quem permanece no território a noite, no final de semana e nos feriados. É importante

ressaltar que uma rede informal quando disparada como recurso ao cuidado, potencializa o acompanhamento comunitário do usuário, prescindindo da internação.

Rede Informal é tudo aquilo que pode ser usado como ferramenta potente à atenção psicossocial. Contar, prioritariamente com os recursos do próprio território do paciente possibilita um maior acompanhamento do caso, mas o caso é que deve guiar quais recursos serão disponibilizados para o cuidado. É tudo o que faz parte do cotidiano de vida do usuário, como o bar da esquina de sua casa, a padaria que compra pão, o barbeiro ou salão que frequenta, a igreja, o amigo, a família, dentre outros. Em muitos casos acompanhados pelo CAPS, contar com uma rede informal foi o que tornou possível o cuidado no território, prescindindo muitas vezes, do acolhimento noturno.

Nesse território, as redes informais foram potentes ao cuidado e complementares as ferramentas, instrumentos formais como o acolhimento noturno.

Um exemplo disso é a disponibilidade de uma profissional do CAPS, copeira, moradora da comunidade, para o cuidado e intermediações no território, quando é frequentemente acionada por uma paciente em momentos de maior vulnerabilidade ou risco no território, a reconhecendo como parceira importante para o seu cuidado. Esse fato também ressalta que nem sempre a pessoa que presta cuidados precisa ter uma formação técnica. Se entendermos que a experiência de vida, os valores culturais e o saber popular constituem também uma forma de conhecimento, poderemos valorizar esses cuidadores que se encontram fora da rede formal de saúde. O cuidado humanizado necessita da compaixão do outro e da sensibilidade pela dor do outro, pelo sofrimento humano. (Saraiva & at, 2008)

Segundo Jardim (2014) fazer alianças entre os serviços ainda é a melhor forma de garantir o cuidado em liberdade, “fortalecendo também a relação com as famílias, a vizinhança, os companheiros dos usuários, trazendo-os para dentro do CAPS, fazendo do espaço um local acolhedor para todos” (idem, p.143). Ressalta a importância dos profissionais conhecerem pessoalmente os demais atores da rede, para que no momento da crise o risco da interrupção do fluxo de trabalho seja menor.

Nesse sentido, o modelo comunitário deve ser inclusivo, buscando aproximação entre o saber técnico e o saber popular. A interação do profissional com a comunidade pode ser

um campo fértil de construção de vínculos em que as pessoas podem reencontrar sua identidade cultural, social e histórica, construindo redes de apoio social, visando melhorar as condições de saúde. (Barreto, 2005)

3.1.2 - Um desafio no cuidado continuado: o acolhimento noturno

A chegada de um CAPS III no território amplia as alternativas ao cuidado fora do hospital com a oferta dos leitos para acolhimento noturno. Este, deve ser, portanto mais um ponto dessa estratégia e não o ponto final do cuidado que resolveria todos os problemas das crises dos usuários, onde pudéssemos deixá-los por um tempo demarcado e só após esse período, teríamos o que fazer com eles.

Com o início do funcionamento do CAPS, nos deparamos com a questão sobre o acompanhamento dos casos cadastrados pelo serviço a partir do uso do acolhimento noturno, mas sobretudo, dos usuários dos outros serviços da rede, que tinham o João Ferreira como retaguarda para o cuidado das crises de seus pacientes, além dos outros equipamentos que também eram apoiados pelo serviço e sua estrutura de funcionamento 24 horas.

Embora esses dispositivos estivessem comprometidos com o acompanhamento dos seus usuários, construir na prática a lógica do cuidado compartilhado não foi e continua sendo uma tarefa que exige um grande esforço diário, contínuo de discussões dos projetos terapêuticos e encontros entre as equipes, presença nos serviços e no território, o que implica numa disponibilidade e organização dos processos de trabalho do CAPS, que na maioria das vezes, é atravessado por questões internas e externas ao serviço.

Embora a discussão travada com a rede tenha sido pautada nos princípios do acolhimento em um dispositivo de CAPS III, que difere do hospital psiquiátrico, cuja ênfase está colocada na continuidade do cuidado, da manutenção dos vínculos com suas referências e as ações voltadas para a não suspensão territorial, na prática o processo não se deu dessa forma.. Nas primeiras experiências de acolhimento a usuários de outros CAPS (tipo II), experimentou-se uma lógica muito próxima das internações nos hospitais psiquiátricos, com pouca regularidade das equipes territoriais de referência no acompanhamento, assim como, pouca discussão dos projetos terapêuticos e os elementos que indicaram o uso dessa ferramenta para a continuidade do cuidado na crise. Em geral, essas discussões, bem como a disponibilidade para o acompanhamento mais contínuo do caso no CAPS III, ficavam a cargo da direção da unidade.

Observamos que a compreensão da rede sobre CAPS III e a função dos leitos de acolhimento estava vinculada à ideia de internação como no hospital, e de retaguarda para situações de vulnerabilidade clínica e social. A questão de um lugar para ficar, na ausência de casa e/ou suporte familiar e social, também apareceu como demanda para esses serviços, gerando discussões e polêmicas dentro da equipe.

A falta de regularidade dos serviços no acompanhamento dos casos, eram motivados por vários fatores, que em sua maioria, estavam relacionados a falta de recursos materiais e humanos para exercer integralmente sua função territorial e de continuidade do cuidado fora dos horários previstos para o seu funcionamento. Recursos como a falta de carro para o deslocamento integral das equipes em todas as ações que um CAPS precisa desenvolver, equipe reduzida e horário restrito de funcionamento da unidade, que fecha as 17hs e não abre aos finais de semana e feriados, foram alguns dos problemas destacados pelos serviços, que frequentemente falavam de um sentimento de “não ter pernas” para dar conta do compartilhamento integral desse cuidado.

Um dos problemas ocasionados pela falta de interlocução entre as equipes quando se trata do uso do acolhimento noturno, é o desconhecimento do caso pelo CAPS III que irá recebê-lo e a falta de vinculação do usuário com o serviço ou algum profissional, dificultando o manejo das situações de crise e/ou vulnerabilidades. Por outro lado, a ausência dos serviços no acompanhamento do usuário durante o acolhimento, fazia com que o mesmo se vinculasse aos profissionais do CAPS III que cuidavam dele durante esse período, e conseqüentemente ao serviço, não querendo mais voltar para o seu território. Recordo-me de um rapaz, paciente de um CAPS II de outra AP do RJ que, em algumas situações de maior fragilidade com seus familiares, que o levava a perambular pelas ruas, sujo e tentando agredir as pessoas, utilizou o leito como pernoite, a pedido de sua equipe, referindo-se a esta tecnologia como “um lugar para fazer seu pouso e descansar de tanta confusão”. Uma noite era o tempo suficiente para que ele não ficasse mais vulnerável no território e no outro dia, pudesse seguir em acompanhamento por sua equipe de referência e seus familiares. Pela manhã, acordava, tomava um banho e um café, conversava um pouco na copa com todos e dizia para nós: “Já vou. Mas se eu precisar, volto para essa Pousada João Ferreira.”

Ao longo das discussões sobre acolhimento noturno e as estratégias de cuidado, pudemos combinar alguns fluxos iniciais indicados para uma melhor retaguarda aos casos de outros serviços da rede, com destaque para a discussão preliminar do caso e acompanhamento por seu técnico de referência. Essa parceria fica mais evidente com os

serviços mais próximos ao CAPS e a realidade da área, com desafios ainda de alinhamento constante com os outros dispositivos da rede.

Outro ponto importante que devemos discutir quando tratamos das demandas externas dirigidas aos CAPS e que tem relação direta com o entendimento da função dos leitos em CAPS III, é o perigo da judicialização desses leitos - a judicialização do acolhimento em CAPS III, ou seja, a justiça determinando a internação de usuários no CAPS. Vivenciamos uma situação delicada em relação a este fato quando, em julho de 2011, o CAPS João Ferreira recebe uma ordem judicial para internação de usuários de crack, recolhidos nas ruas da zona norte do RJ, em ações que ficaram conhecidas na cidade, como “Choque de Ordem”. Neste ano, a SMDC realizou ações de recolhimento desses usuários que estavam nas ruas de Mangueiros, bairro da AP 3.1, levando-os para abrigo e internação. Às 21:00hs de uma terça-feira, um oficial de justiça, acompanhado de policiais armados, chega ao CAPS, informando estar trazendo usuárias de crack para internação no serviço, conforme mandado judicial. Se dirige de forma hostil a enfermeira de plantão, que o recebe com um estranhamento da demanda de internação no CAPS. Por esse motivo, recebe ordem de prisão em meio aos usuários que estavam em acolhimento no serviço (no momento eram seis, profissionais da equipe e das três usuárias que estavam sendo trazidas por ele. Destas, duas estavam grávidas, em estágio avançado da gestação e podiam entrar em trabalho de parto a qualquer momento. Não realizaram pré-natal e qualquer acompanhamento de saúde neste período, configurando gravidez de risco.

As usuárias foram recebidas para o acolhimento e acesso ao tratamento, o que incluiu cadastro na clínica da família e contato com a maternidade da área, que dois dias depois, realizou o parto de alto risco de uma das pacientes. Ao mesmo tempo, que a coordenação de saúde mental marcou reuniões com a justiça, para discussão do mandato do CAPS III e dos leitos de acolhimento, reforçando a ideia da lógica do acolhimento voluntário e não da internação.

O dispositivo do acolhimento noturno nos coloca em situações de impasses e contradições, como nos casos que por vezes a ideia de crise ainda esteja vinculada ao social como falta de casa ou lugar para ir, como no caso de Tinoco já citado nesta pesquisa, que é acompanhado pelo CAPS desde o início de sua implantação, e faz uso do acolhimento noturno em várias situações a priori não previstas para o dispositivo. Como se estivesse fazendo mau uso do dispositivo ou usando indevidamente, uma vez que nem sempre, o que indicou a sua permanência em acolhimento noturno, não foi uma crise nomeada como clássica pela psiquiatria, mas sim, crise no sentido da vulnerabilidade que se colocava

diariamente, a partir de conflitos no território. Isso causou inicialmente discordâncias dentro da equipe, exatamente por esta não dispor da experiência que tem hoje em relação aos efeitos do acolhimento em um CAPS na vida das pessoas em sofrimento e o impacto na clínica cotidiana desses dispositivos, especialmente neste caso que veio mostrando para a equipe, a importância desse trabalho e de subvertermos os critérios de uso dos leitos.

Com o Projeto de Pacificação do Conjunto de Favelas do Alemão, outros desafios foram impostos para a equipe do CAPS, que com o aumento da demanda por cuidado, começaram a receber casos cada vez mais graves, com alto grau de vulnerabilidade e debilitados clinicamente devido às condições de vida relacionadas à pobreza e condição psíquica. Eram casos cuja relação familiar estava comprometida, com uso prejudicial de álcool e outras drogas e relações esgarçadas na comunidade e risco no território, que exigia da equipe um trabalho cada vez mais articulado e intersetorial, entendendo esses aspectos como indicadores de risco psicossocial e, por sua vez, da necessária complexidade do cuidado.

Desta maneira, podendo entender a crise como uma situação em que há um sofrimento mental intenso ou alterações de comportamento, com ruptura ou esgarçamento dos laços com a rede de cuidados e que causem risco aos pacientes e/ou seus cuidadores, a atenção a essas situações em saúde mental precisa ser compreendida como um processo complexo que envolve não apenas o apaziguamento de sintomas agudos, mas fundamentalmente a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde para a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário e qualificado para todos, promovendo atenção, tratamento e integralidade. Essa articulação é imprescindível para a atenção às crises e seu manejo, respeitando o direito de todos os pacientes em tratamento por sofrimento mental pelos meios menos invasivos possíveis. Dessa forma, permite incluir elementos do território de vida dos usuários, facilitando o manejo das tensões que levaram à crise ou conflito das relações de cuidado e evitando um olhar apenas biomédico e medicalizante para as questões que produziram a agudização do sofrimento psíquico.

O trabalho desenvolvido em um CAPS III deve, portanto, seguir a lógica da atenção psicossocial, do cuidado integral nas 24hs do dia, ampliando as suas ações para além da 'casinha'. Faz-se necessário a invenção de novas estratégias de cuidados, lançando mão de recursos oferecidos pelo território e pela rede onde esteja inserido, de modo a poder sustentar o acompanhamento da complexidade que os casos nos apresentam. De outro modo, o risco de um CAPS III operar na lógica hospitalar é grande, dependendo da forma como o serviço estrutura as suas ações e de como se dá a sua interlocução com o território.

3.2 Dois casos exemplares do cuidado continuado intersetorial

Para ilustrarmos o que podemos discutir até aqui sobre a dinâmica de funcionamento de um CAPS III, a sua articulação com o território e com as diversas redes (de saúde, de assistência social, de justiça, da rede social, etc.), assim como o trabalho voltado para o acolhimento às situações de crises, propomos a apresentação de dois casos clínicos, que ilustram as complexidades e os desafios do compartilhamento do cuidado, dentro da perspectiva do acesso, acolhimento e acompanhamento.

3.2.1 Bárbara: um caso complexo no Complexo do Alemão

Em outubro de 2011, uma moça de 20 anos chega ao CAPS após ter agredido sua mãe. É encontrada pela administradora da unidade, agredindo sua genitora na rampa de acesso à Clínica da Família, cuja área física faz divisa com o CAPS.

Essa moça, que aqui vou chamar de Bárbara, acompanhava sua mãe em uma de suas consultas à unidade de atenção primária do seu território, quando começou a gritar e agredir as pessoas que aguardavam pela consulta.

Ao ser abordada pela profissional, aceita acompanhá-la até o CAPS, onde foi recebida por duas profissionais do acolhimento, que estavam escaladas para fazer a recepção dos casos novos. Destaca-se aqui o acesso ao serviço, promovido por um membro da equipe fora da área técnica, que pôde se colocar disponível para esse acompanhamento.

Em sua chegada ao CAPS, sua mãe relata que há um ano vem sofrendo agressões constantes de sua filha, após a mesma, aos 19 anos, ter sofrido dentro de sua casa, um episódio de violência sexual, onde foi estuprada pelo vizinho. Após esse dia, começou a agredir as pessoas na rua, a falar sozinha e apresentar um comportamento choroso. Antes desse fato, refere que a paciente “era um pouco agitada”, mas que isso não comprometia as atividades do cotidiano.

Relata que os problemas de sua filha iniciaram na infância, aos cinco anos de idade, após ter sofrido uma queda da escada, que lhe ocasionou segundo os médicos, um coágulo no cérebro, dando início a uma série de intervenções e tratamentos neurológicos, em diversas instituições. O prognóstico dado a ela era de piora progressiva, que a limitaria para o resto da vida. Aos sete anos, começou a apresentar mudanças em seu comportamento, apontados pela escola. Passa a “pedir comida o tempo todo e a se esconder embaixo da mesa.”

A paciente com uma fala bastante pueril, diz “não fazer nada”, apenas comer pipoca e ver filmes. Refere querer cuidar da aparência, por “sentir-se muito relaxada”. Diz que seus cabelos estão caindo, mas, segundo sua mãe, ela arranca-os para comer.

Bárbara é moradora de uma das comunidades do Complexo do Alemão, na comunidade do Capão, localizada no bairro de Ramos, território marcado por uma alta prevalência de violência armada e conflitos diários.

Solteira, vive com sua mãe de 72 anos, em condições precárias, na parte alta do morro, com esgoto a céu aberto na porta de sua casa, cujo acesso só é possível a transeuntes. Não há passagem para carros ou qualquer outro meio de transporte. Não há também qualquer forma de comunicação.

Seu pai é desconhecido. Sua mãe tem saúde frágil. É portadora de cardiopatia e hipertensão, e, segundo a equipe do CAPS, não ajuda muito, havendo dificuldade em conversar com ela. A equipe afirma que as poucas vezes que conseguiu acessá-la no período inicial do tratamento, pouco participou da construção do projeto de cuidados de sua filha, referindo não ter condições de cuidar da mesma, atribuindo essa dificuldade à sua condição clínica, social e de moradia. As palavras da mãe eram de que não conseguia “descer o morro todos os dias atrás dela e a controlava à base de pancadas.” “Tenho que levar Bárbara no laço, senão ela ainda me mata dentro de casa”.

Bárbara possui uma filha de 4 anos, de uma gravidez não planejada e tampouco, desejada. Não trabalha e nem estuda e, antes de sua chegada ao CAPS, seu cotidiano se resumia a circulações pela comunidade, e saídas com sua mãe, e com episódios de muitas agressões às pessoas, especialmente a crianças e idosos, querendo pegar suas roupas e cabelos, o que ocasionava atendimentos na emergência psiquiátrica da região e alguns pernoites para observação, não chegando à ser transferida para internação.

O troca-troca de roupas e o acolhimento noturno

Desde a chegada da paciente ao serviço, a questão de ter roupas para vestir e trocá-las com frequência, esteve presente. Questões relacionadas a autoimagem marcavam sua permanência no CAPS e se repetiam em seu cotidiano, tanto dentro como fora do serviço. A busca por “ficar bonita”, foi se apresentando como algo crucial para a paciente, e como algo que lhe causava muita angústia, além de provocar dúvidas e divisão na equipe, de como manejar essa situação. Frases do tipo “estou bonita tia”, “estou angustiada, não sei explicar”,

eram dirigidas à equipe de modo insistente, durante todo o dia, assim como choros e gritos intensos, em um pedido incessante para trocar de roupas, chegando a rasgá-las e até mesmo urinar, evacuar e vomitar nas mesmas, quando as que eram oferecidas, não lhe agradavam.

Abordada sobre isso em atendimento com uma de suas referências, diz sentir-se suja e não gostar da sua aparência. Ao ser chamada de “Bagulhão”, “fedida”, “suja” e “feia” na comunidade, acaba por agredir as pessoas. Em alguns momentos, pede para tomar banho no serviço por sentir-se suja ou por não ter água em casa.

Durante um período de aproximadamente um ano, frequentou o serviço relativamente bem, participando diariamente das atividades propostas pelo CAPS, como grupos, oficinas expressivas, passeios, além dos atendimentos individuais com sua equipe de referência composta por uma médica psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e umaicineira. Porém, a cada dia novas estratégias de cuidado foram tendo que ser pensadas para o acolhimento às situações trazidas por Bárbara, em sua relação com o território, que começaram a apresentar uma maior complexidade, deixando-a muito vulnerável.

Entre idas e vindas diárias ao CAPS, a paciente chega ao serviço muito assustada relatando que os “meninos teriam lhe agarrado”, e que não podia voltar para casa. Os meninos à que se referiam, eram os traficantes locais. É assim que são chamados na comunidade. Mediante o ocorrido, a equipe avalia a necessidade de intensificar sua permanência no CAPS e decide mantê-la em acolhimento noturno, em um dos leitos, até que conseguisse contato com sua mãe.

Uma série de fatores foram determinantes para a escolha pelo acolhimento noturno no CAPS, em especial o manejo da situação de crise, intensificada, pela vulnerabilidade subjetiva que apresentava em sua circulação pelo território. Não era possível no momento, esse manejo ser feito fora do CAPS e Bárbara voltar para casa. As articulações territoriais estavam sendo trabalhadas pelo serviço, para a construção de uma REDE potente, que tornasse viável as ações de cuidado à essas situações, fora do CAPS.

Foram dois dias de permanência integral no serviço, o que possibilitou que algumas ações fossem disparadas. Realizou na Clínica da Família os exames clínicos necessários à situação vivida por ela, a partir da mediação de sua equipe de referência do CAPS, que pôde notificar ao seu ACS o ocorrido e, orientá-la e convencê-la de que tais procedimentos eram necessários para o cuidado à sua saúde. Além disso, foi possível rever a medicação psiquiátrica e, trabalhar uma aproximação mais contínua com a equipe, favorecendo a construção de vínculo, bem como a reaproximação com sua mãe e com a comunidade onde vivia.

O término do acolhimento se deu a partir de um pedido de sua mãe, que referia medo que sua filha sofresse algum tipo de violência sexual no serviço. Questões referentes ao corpo e à sexualidade sempre retornavam como aspectos relevantes para o caso, e limitavam algumas ações das equipes de saúde, que eram impedidas por ela própria, de realizarem visitas e acolhimento às situações de crise, em domicílio, quando o profissional era do sexo masculino. Ela dizia que sua “religião não permitia homens dentro de sua casa.”

Após essa situação, em sua circulação pelo território, Bárbara acentuou as abordagens às pessoas, entrando em igrejas, comércio local e em casas da comunidade, sem roupas, gritando e chorando muito, demandando a todos mudança de vestuário e de sua aparência, terminando por agredir quem não atendesse ao seu pedido. Isso veio comprometendo sua relação com o território, com tensões frequentes, deixando-a ainda mais vulnerável.

Na clínica da família onde é cadastrada, no CAPS, na igreja, na padaria e, nos outros locais por onde circula, esse comportamento vai aumentando a cada dia. Ao ver uma criança e/ou uma mulher com roupas ou cabelo que lhe agrada, agride-os dizendo que aquelas roupas e cabelos, são dela. Esse movimento passou a exigir do CAPS, mediações constantes com a rede local (formal e informal), mobilizando todo o cotidiano do serviço, assim como o das equipes de saúde da área e comunidade, e de outras áreas programáticas do município do RJ, além da intensificação do trabalho com sua mãe, incluindo-a no tratamento.

O caso foi levado inúmeras vezes para as reuniões de equipe e supervisão clínica do CAPS, como também para as reuniões mensais junto aos equipamentos do território, reuniões de Matriciamento e com a Coordenadoria de Área programática 3.1, além de outros territórios, sendo discutido de forma sistemática. Foi exigindo cada vez mais dos profissionais não só uma disponibilidade para cuidar das situações que se apresentavam como crise, mas principalmente, a responsabilização pelo cuidado, considerando o território, porque era justamente no cenário da rua, e não fora dele, que as situações eram vivenciadas pela paciente, onde as coisas aconteciam e se intensificavam.

Isso convocou a equipe a uma certa organização institucional, que envolvesse um conjunto de ações clínicas, que fizessem a intermediação entre a paciente, a família e a comunidade, de modo a garantir a continuidade do tratamento de base comunitária, podendo assim, prescindir do hospital psiquiátrico.

Tecendo a rede – Costurando fio por fio

A utilização do hospital psiquiátrico era percebida como indesejada e preterida ao máximo pela equipe. Discutiam permanentemente enfatizando aspectos dos processos de trabalho em um CAPS III, como o fato de possuir uma equipe mais numerosa e a integração da assistência com uma intensa exteriorização e territorialização da instituição, no sentido da ampliação e complexificação de suas variadas relações, como estratégias que poderiam substituir o lugar do hospital como o cenário das práticas. A internação psiquiátrica, nesse caso, não fazia parte do projeto terapêutico como ferramenta para o cuidado, embora alguns membros da equipe, ainda que poucos, avaliassem que em algum momento, se poderia recorrer a esse dispositivo como uma aposta.

As perguntas feitas ao longo do trabalho estavam baseadas na eficácia dos recursos de um dispositivo 24 horas, como “o que o hospital tem que um CAPS III não tem”, “o que se oferece lá, que não poderemos fazer aqui,” e o clássico “o que ele tem que nós não temos.” A partir desses questionamentos, apostou-se no acompanhamento com ênfase no cuidado individualizado, no contexto da cidade, através do compartilhamento do cuidado. Isso implicou toda a área, para a construção de uma rede viva, ativa, que priorizasse o acompanhamento, ou seja, a continuidade do cuidado pelos mesmos profissionais, sem que houvesse suspensão territorial e nem do vínculo já estabelecido com as equipes, tanto do CAPS como da ESF.

Uma das principais estratégias para a produção do cuidado compartilhado, foi o dispositivo do Matriciamento em Saúde Mental às equipes da ESF, em especial aos ACS, que ocupam um lugar de liderança importante na comunidade e no trabalho, facilitando a articulação entre território e serviço. As equipes se encontravam diariamente, em todos os dias da semana, a partir das demandas que o caso suscitava.

Porém, passados dois meses, a paciente chega ao CAPS dizendo ter sofrido nova tentativa de agressão e estupro. Estava muito nervosa, suja, não conseguindo responder a nenhuma pergunta da equipe sobre o que havia acontecido. Apenas pediu para permanecer no CAPS e chamar sua mãe. Permaneceu em acolhimento enquanto um profissional do serviço, junto com o seu Agente Comunitário de Saúde (ACS), foi até sua casa no alto do morro, para chamá-la e acompanhá-la até o Caps.

A equipe percebia que sua permanência no serviço oferecia o apoio e retaguarda necessários nessas situações, e que a presença de sua mãe era de fundamental importância. Chorava como uma criança, dizendo de forma pueril - “Eu sei que minha mãe não vem” -

“Ela não quer saber de mim”. Ao encontrá-la, logo vai dizendo que não fez nada e pede que a mesma não brigue com ela. Foi uma conversa difícil. Sua mãe referia muitas dificuldades em cuidar dela, dizendo não saber mais o que fazer. “Não tenho condições, essa garota não me obedece.”

O acompanhamento à mãe e filha seguiu com ações no território, de acompanhamento diário e, cuidados clínicos junto à ESF e, a partir disso, descobre-se que Bárbara estava grávida de três meses. Quando abordada sobre o resultado do exame, não contou como aconteceu e nem quem era o pai. Apenas disse que “estava estranha”, que “tinha algo na barriga incomodando.”

A equipe se viu em meio a muitos impasses. A pergunta que não queria calar era: “E agora José?” A gravidez de Bárbara provocou tensões e divisões em alguns profissionais do CAPS, que questionavam à viabilidade de Bárbara ser mãe.

A paciente parecia não entender o que estava acontecendo e nem o que isso implicava. Seu humor oscilava em relação à ideia de ter um bebê em sua barriga, hora dizendo a todos que ia ser mãe, hora dando socos na barriga em ataques de fúria, dizendo que “ia matar esse bebê.” Sua mãe, embora assustada com a novidade, se posicionou dizendo que cuidaria de sua neta, apesar de sua saúde frágil. No entanto, nesse mesmo período, sofreu uma piora importante do seu quadro clínico de hipertensão, e foi internada na UPA ao lado do CAPS, por hipertensão severa, levando a uma parada cardiorrespiratória. Ela sobreviveu, mas desenvolveu trombose em membros inferiores e uma úlcera por pressão em região sacra, o que tornou a situação ainda mais complexa.

Foram nove meses de muito trabalho. A piora da saúde da mãe e a gravidez de Bárbara, provocaram períodos de grandes desestabilizações, e com isso, aumento da vulnerabilidade na comunidade. Mãe e filha precisavam de cuidados intensivos, o que envolveu uma multiplicidade de ações, incluindo a intensificação do trabalho com a rede local formal e informal, como comércio, igrejas, traficantes e, especialmente, com a equipe da ESF na qual era cadastrada, que apresentou certa resistência em relação a gravidez de Bárbara, afirmando que a mesma, não teria condição subjetiva de cuidar de uma criança, assim como sua mãe, que além da condição psíquica, não teria possibilidades financeiras para manter uma família que estaria aumentando.

Por um tempo, esse movimento da Clínica da Família de recusa do acompanhamento na Atenção Primária, criou uma barreira de acesso ao tratamento das mesmas, exigindo do CAPS um maior protagonismo das ações, que implicou a ampliação das discussões do caso nas reuniões de equipe e com a gerência das duas unidades, de modo à garantir a

continuidade do cuidado, com presença regular das equipes na realização de ações que se faziam necessárias no momento, como o cuidado do quadro clínico de sua mãe, como curativos diários, duas vezes ao dia, em seu domicílio, à úlcera em região sacra, contraída em sua internação na UPA, já com quadro infeccioso avançado, grau IV, com tecido necrosado.

Foram criadas inicialmente, ações compartilhadas entre CAPS e Clínica da Família para que isso fosse feito em sua casa, com a importância que o quadro exigia. Por um tempo, essa função foi basicamente realizada pela equipe de enfermagem do CAPS, que esteve disponível em todos os dias da semana, se organizando por turnos de trabalho com ações externas e internas, de modo a garantir o funcionamento do serviço.

Em seguida, foi feito contato com a Maternidade, para início do Pré-Natal e cadastro no programa Cegonha Carioca e, posteriormente, com promotoria, justiça e parceiros da comunidade, como vizinhos e amigos de sua mãe, de modo a garantir que Bárbara pudesse ficar com sua filha.

Muitos problemas aconteceram durante o Pré-natal. À cada ida à maternidade, acompanhada por um profissional do CAPS, cometia um episódio de agressão, agredindo os profissionais do hospital que estava destinado a realizar seu parto, inviabilizando qualquer parceria com aquela unidade. Foi preciso articulação com outro hospital da rede, que contasse com suporte de saúde mental e, sua internação para aguardar o de parto já na maternidade, de modo a protegê-la de qualquer situação, que viesse a lhe causar danos.

Embora o hospital possuísse equipe de saúde mental, sua permanência teve que ser intensamente discutida pela direção e coordenação técnica do CAPS com a gerência médica do setor, e, porque não dizer, tensamente negociada e mediada. O hospital solicitou a presença de profissionais como acompanhantes nas vinte e quatro horas do dia, durante o período de sua internação. Sua mãe esteve presente em todos os dias, mas como possuía a ferida em região sacra e outra no calcanho, com odor fétido (em tratamento pela clínica da família e CAPS), alegaram que sua presença estava causando problemas, agitando ainda mais, a paciente. Na verdade, sua aparência e mal cheiro, provocavam resistência do hospital.

Uma escala foi montada para esse acompanhamento e alguns profissionais foram deslocados para o hospital em seus dias de plantão no CAPS, para acompanharem Bárbara e mediar qualquer situação que surgisse, ajudando com os cuidados e administração das medicações.

O trabalho de parto foi acompanhado e facilitado por duas profissionais do serviço, a coordenadora técnica e uma técnica de enfermagem, que estavam no momento, visitando-a. Foi um momento tenso, mas de muita emoção. Porém, após o nascimento do bebê, uma menina saudável, diga-se de passagem, novos impasses surgiram. Desta vez, foi com a justiça. O bebê foi levado pelo Conselho Tutelar, após comunicado do hospital, com a alegação de que “paciente com transtorno mental, não teria condições de criar uma criança.” Bárbara recebe alta e sua filha permanece no hospital, até que o juiz decidisse o seu destino. Vale ressaltar que se trata de uma prática comum dos dispositivos hospitalares.

A audiência com o juiz é marcada para o dia seguinte, durando o dia todo de avaliação. Vai acompanhada por sua mãe e três profissionais do CAPS, que foram interrogados sobre o cotidiano da casa de Bárbara e de sua família. Ela, permanece por todo o período, respondendo às perguntas do juiz de forma bem coerente e participativa. Mostrou-se preocupada em ver sua filha e em dizer que “Não conseguiria cuidar da mesma, mas sua mãe sim.”

O juiz mostrou-se resistente à conceder a guarda, por considerar sua mãe uma mulher de pouca higiene, que não tomava banho, por apresentar forte odor, que na verdade estava sendo provocado pelo quadro infeccioso que possuía, e por afirmar que Bárbara era muito agressiva, após ter presenciado a mesma dando um tapa em uma das assistentes sociais que participava da ação, que não a deixa chegar perto do bebê e entrega todos os seus documentos para sua mãe, ignorando sua presença.

O CAPS pôde recolher as diferentes demandas (da mãe, da comunidade, da ESF, da Maternidade e da Justiça) e banca junto à justiça, que ajudará, em parceria com os outros serviços, à Bárbara e à sua mãe a cuidarem da criança. Em sua avaliação, o juiz pergunta se o serviço estava ciente que a responsabilidade do cuidado seria até que o bebê completasse dezoito anos e, a partir da disponibilidade do CAPS em acompanhar de forma integral, paciente e família, concede a guarda provisória à mãe de Bárbara, “confiando no trabalho do serviço”, afirmando “nunca ter visto um serviço de saúde realizar tal trabalho.”

O bebê vai para casa, a partir do compromisso firmado entre Justiça e Saúde, ali representado pelo CAPS, de um acompanhamento monitorado, para avaliação de guarda, incluindo relatórios mensais com fotos, produzidos pelo serviço, comparecimento de mãe e filha nas audiências, para avaliação do quadro geral e, visita de profissionais do conselho tutelar em sua casa, para avaliação do local e cuidados dispensados à criança. Após um trabalho intenso dessa rede, a guarda definitiva é concedida.

Para que isso fosse possível, o CAPS intensificou os cuidados, através da ampliação não só da frequência com que a paciente iria ao serviço e com que a equipe iria até ela, mas principalmente, a inclusão de novas ações e novos parceiros no caso. A rede se estende e, com isso, surgem novos desafios, porque rede não é apenas a mistura de coisas ou pessoas e instituições, mas sim como a mistura é feita.

Foram vários encontros com a promotoria e juizado, para que Bárbara pudesse ficar com sua filha após seu nascimento. Foram muitas apostas e múltiplas ações da equipe do CAPS, com uma tomada de responsabilidade sustentada em rede.

Sua mãe assumiu os cuidados da neta com a ajuda do CAPS, da equipe da ESF, da igreja e dos vizinhos, em especial, de uma senhora que passamos a chamar de “mãe social”, como se diz na comunidade, que passava boa parte do seu dia, ajudando nos cuidados diários ao bebê e, fazendo articulação com os serviços, quando se fazia necessário. O CAPS teve um papel importante nessa costura, não só como ordenador do caso, mas também, como ordenador da rede.

Porém, com o nascimento do bebê, Bárbara aumentou a agressividade com crianças, exceto com sua filha, embora em alguns momentos, dizer “não querer cuidar dela.” Ficou muito agressiva com todos e, com frequência, era encontrada nua, andando por diversos locais, demandando as trocas de roupas, chegando a pegar peças nos varais das casas por onde passava. Foi ameaçada de morte pelos vizinhos com uma faca em seu peito, período em que passou a não dormir em casa, dizendo ter ido procurar o suposto pai de seu filho. Dormiu alguns dias na rua com esse rapaz, outros na casa de uma amiga, também paciente do CAPS. Passa com isso a sofrer “deboches” pela comunidade, chegando a ser filmada nas ruas nua, sendo exposta nas redes sociais.

Nesse período, as idas à emergência aumentaram porque a comunidade começa a acionar os bombeiros para levá-la a um pronto atendimento, com o objetivo de interná-la. Embora a equipe já percebesse uma tolerância maior do território em relação ao comportamento de Bárbara, por um bom tempo, ainda eram muito frequentes as vezes em que era levada, não só pelos bombeiros, mas também pela polícia militar para os polos de emergências da área (hospital geral e emergência psiquiátrica), que de forma indireta e mais pontual, também entravam como parceiros do cuidado, quando ela é encontrada na rua, sem roupa, chorando e agredindo as pessoas. Nessas situações, o CAPS é chamado para ajudar na mediação com a paciente, que se recusa a colocar suas roupas, criando situações de difícil manejo.

A chegada da filha provocou ciúmes em Bárbara, que cobra de sua mãe, o cuidado e carinho que tem com o bebê. Repetia com frequência frases do tipo: “Minha mãe não cuida de mim, não me dá carinho, só briga comigo.” Além disso, diz que sua filha tem a beleza e os cabelos que ela queria ter.

Com o passar do tempo, com o crescimento da filha, isso se acentua ao presenciar os cuidados da mãe com a mesma, que lhe compra roupas e artigos de higiene e perfumaria, como sabonetes e shampoos, negando comprar qualquer desses artigos para ela. Frases como, “Minha mãe nunca compra essas coisas para mim.” “Mãe é quem cuida.” “Ela não cuida de mim”, eram repetidas por Bárbara, em um pedido de cuidado.

Em uma VD realizada pela copeira do serviço, é relatado que sua mãe responde com agressividade aos seus pedidos, levando Bárbara, a agredir a filha com empurrões e puxões de cabelo, provocando reação de sua mãe e mobilização dos vizinhos, que tensionam para que seja internada. O CAPS, a partir da presença contínua no seu cotidiano e da rede construída com a comunidade local, realiza a função de mediar as relações e situações de conflito entre família, vizinhos e território de uma forma geral, o que evita que essas situações avancem e gerem consequências mais graves para ela. É essa maior disponibilidade para mediação das situações que se dão no cotidiano, que sustenta uma certa circulação e vida na cidade, sem maiores danos e riscos.

O CAPS III, por ter uma maior disponibilidade de estar no território, construindo redes de cuidado e de proteção, pôde acompanhar e manejar situações um tanto delicadas, vivenciadas por Bárbara. Cito aqui um episódio relatado por uma profissional do serviço (uma copeira) e, também moradora da comunidade, que nos mostra a importância da rede para esses casos:

Em uma manhã ensolarada, o esposo da copeira do CAPS, entra em contato com ela, relatando que ao descer o morro para ir ao trabalho, se depara com Bárbara totalmente nua, em meio ao comércio local, sendo chacoteada por quem passava. Palavras como “bagulhão” e “fedida”, eram endereçadas a ela, respondendo com gritos e atirando pedras em quem passava. A profissional, que estava em seu dia de trabalho no serviço, pede para falar com ela ao telefone e diz que venha ao CAPS, acompanhada por seu esposo, que a levaria com segurança, onde estaria lhe esperando. Bárbara tão logo topou, mas o senhor verbalizou certo receio de como faria isso: “Como vou levá-la assim até o CAPS? Ela está nua!” Durante o trajeto até o serviço, a profissional foi orientando-o de como manejar com ela essa situação

e diz a ele: “Ela é da nossa comunidade. Antes do CAPS existir, ela já era da comunidade. Nós somos responsáveis por ela.”

Bárbara hoje no CAPS

Por um bom tempo, a vida de Bárbara se resumiu à períodos de fortes conflitos com o território e com sua família, o que levou sua mãe a decidir mudar-se para uma casa próxima, com a neta, para preservar sua integridade e o que restou da relação com a filha, pois passou a ter muito medo dela e não saber como lidar com as situações diárias que provoca. Bárbara então passa a morar sozinha e conta com a ajuda do CAPS e da rede ampliada e diversificada que se construiu a partir das articulações disparadas pelo dispositivo, para intensificar seu projeto terapêutico, incluindo idas diárias ao serviço, em todos os dias da semana, como sábados e domingos.

O projeto de cuidados se intensifica pelo fato da mesma ter passado a morar sozinha e por conta disso, a demandar uma mediação diária, um certo secretariado, para administração do cotidiano e cuidado da casa, incluindo as tarefas domésticas. Sua mãe ajuda nesse gerenciamento, mas também com a intermediação do CAPS, por dizer “não conseguir mais com ela”. “Não consigo mais segurá-la.” O projeto então, passa a estar focado na construção de autonomia na administração do cotidiano, o que vem contribuindo para diminuição dos episódios de agressão no território e a demanda constante de trocas de roupas, embora ainda em alguns momentos, após o lanche da tarde, começar a agitar-se pedindo para ir embora, circulando nas ruas do bairro e voltando ao CAPS nua, reagindo com choros e gritos à possibilidade de não ter roupas novas.

Outra mudança importante no projeto, foi na composição de sua equipe de referência, que precisou ser revista devido a intensificação das ações de cuidado. Os profissionais dessa equipe precisam estar disponíveis diariamente no CAPS, em horários contínuos, para não promover a descontinuidade do trabalho. Por isso, a mudança de alguns profissionais de referência, como enfermeiros, que por necessidades de cobertura das escalas de trabalho, precisaram mudar seus horários no CAPS, passando para o regime plantonista, que não garante a continuidade que o caso demanda.

Bárbara está totalmente vinculada ao serviço. Durante o dia, faz atividades no CAPS, como oficinas, grupos, passeios a praias, cinema, shopping, festas típicas e bailes na comunidade, vai à missa aos domingos, além de realizar acompanhamento clínico

periodicamente na Clínica da Família (unidade de atenção primária que é cadastrada), onde realiza exames como preventivo há cada seis meses, faz uso trimestral de anticoncepcional injetável e tratamento dentário.

Sua filha, hoje com quatro anos, frequenta uma creche pública na comunidade, em horário integral e vive sob os cuidados da avó e da rede que se criou para essa família. Durante o período de 7 anos sendo acompanhada pelo CAPS, não houve nenhuma internação da paciente em hospital psiquiátrico, ficando em acolhimento noturno algumas vezes. Em momentos de maior desorganização, agitação e vulnerabilidade no território, a direção de trabalho foi acolhimento/permanência no serviço em horário estendido, em terceiro turno. Em algumas situações, optou-se pela permanência integral no CAPS, com o uso do leito ou hospedagem noturna.

Possui amigos da mesma idade, saem para bailes e festas, como o baile funk que acontece todos os finais de semana, frequentado por muitas pessoas da comunidade, na qual tem estabelecido uma convivência melhor, com diminuição dos episódios de agressividade e de tirar as roupas em público, embora essa situação ainda varie quando recebe algum tipo de negativa aos seus pedidos e acaba por agitar-se e agredir as pessoas, por exemplo, quando pede para vestir-se com as roupas que estão no corpo do outro, como shorts e vestidos, além de querer os cabelos longos e lisos de quem passar por ela.

Certo dia, o serviço recebe uma ligação de um morador da comunidade e do hospital geral da área, que fica no bairro vizinho, logo após Bárbara ter saído da unidade, informando que a mesma havia acabado de chegar à emergência, totalmente nua, levada pelos bombeiros, e “não queria conversa com ninguém.” Um profissional do CAPS, que compõe sua equipe de referência, vai ao hospital e chegando lá, encontra-a totalmente agitada, tentando agredir as pessoas e dizendo que não colocaria a roupa. Bastou uma palavra do profissional para que ela se acalmasse e retornasse com ele para casa: “Vamos querida, eu vim te buscar.”

Essas situações revelam a gravidade e complexidade do caso e apontam para a necessidade do CAPS se manter acompanhando todas as idas e vindas constantes da paciente entre o serviço e a comunidade, demonstrando de forma contundente, que é na dimensão do acompanhamento que está o seu maior desafio. A continuidade do cuidado se revela como a chave para acolher a crise e cuidar do percurso que a paciente vem traçando, em sua existência. O CAPS, como um lugar aonde endereçar as situações que acontecem na comunidade, é de extrema importância, mas o fundamental neste caso, foi a rede que se construiu para além do CAPS, para fora da “casinha.”

3.2.2 Maria: entre o lixo e seus objetos

Trata-se de uma mulher de 48 anos, com diagnóstico de psicose, viúva, residente na comunidade da Grota, pertencente ao conjunto de favelas do Alemão, que desde a juventude, acumulava grandes quantidades de objetos em casa.

O caso chega ao CAPS em meados de 2010, seis meses após a inauguração do serviço, por meio do matriciamento em saúde mental, realizado por uma profissional do serviço, semanalmente à Clínica da família do Alemão, responsável pela micro-área onde residia.

A equipe da referida clínica, relata a situação de uma mulher que passava o dia todo na rua catando objetos no lixo e colocando em um carrinho de mão para depositar em sua casa, tendo como consequência uma grande quantidade de coisas acumuladas no interior e ao redor dela, causando diversas rachaduras no teto pelo peso na laje e com isso, risco de desabamento, o que levou à interdição do imóvel pela Defesa Civil. O local tornou-se insalubre, com mau cheiro e grande incidência de ratos e outros vetores, que circulavam por todo o entorno, causando incômodo na vizinhança e denúncias diárias às autoridades competentes, como a associação de moradores, além de uma imensa hostilidade para com Maria, que sofria frequentes ataques de vizinhos e traficantes locais.

A equipe conta que Maria foi casada, tem uma filha e morava com ambos em uma casa própria adquirida com o casamento, na parte alta da comunidade da grota, considerada uma das mais perigosas da região. Nascida e criada no Complexo do Alemão, morava com seu pai até o casamento, aos dezenove anos. Este, já idoso, não andava e apresentava problemas de saúde. Seu marido, que conheceu quando tinha quinze anos e com quem ficou casada por vinte e seis anos, era proprietário de um bar na comunidade, e frequentemente, cometia agressões físicas contra ela, fazendo com que não gostasse de estar casada. Apesar disso, passava o dia trabalhando no bar para ajudá-lo.

A filha relata para a equipe da ESF, que nessa época, a mãe já começava a fazer pequenas acumulações e com frequência, corria atrás dos ACS com faca, sendo impedida pelo marido. Após ter ficado viúva, em abril de 2008, passa a não mais trabalhar no bar e a intensificar o acúmulo de objetos em casa. Fato determinante para que sua filha fosse morar com o avô, dizendo “não mais suportar essa situação vivida por toda a sua juventude”, que com o tempo foi tomando uma proporção importante. A casa passa a ficar tão ocupada pelos objetos que acumulava, que Maria também volta a morar com o pai na mesma comunidade,

e continua levando o que catava na rua para dentro de casa, que vira depósito do que encontrava.

Com o passar do tempo, seu pai idoso e com a saúde frágil e, sua filha, vão morar com um de seus irmãos em um bairro distante, e deixam o complexo do Alemão e qualquer relação com Maria. Desde então, sua única referência de casa passa a ser o mesmo local em que acumulava uma grande quantidade diária de objetos.

A história de Maria remonta a anos de acumulação em sua casa, de objetos encontrados nas ruas e nos lixos, e a sucessivas agressões sofridas, de diversas ordens, como física, moral, sexual, mental, dentre outras. Era chamada de “a maluca do lixo”, apanhava dos “meninos” do tráfico e com frequência, era violentada sexualmente. Durante esse período, não cuidou da saúde, negando qualquer abordagem das equipes comunitárias de saúde e qualquer intervenção de cuidados, apresentando sempre atitude desconfiada.

Em 2009, sofre uma internação em um hospital psiquiátrico da Zona Norte do Rio de Janeiro, por um período de um mês, após ter reagido com pedras e pontapés, a uma ação da COMLURB de retirada dos objetos acumulados em sua casa, a partir de uma demanda da comunidade local à associação de moradores do seu território. Esse fato ocasionou uma contenção por parte dos moradores e conseqüentemente, sua internação em hospital psiquiátrico. Neste episódio, Maria foi amarrada no poste pelas pessoas da vizinhança, em meio à comunidade até que os bombeiros chegassem.

Após a sua internação, passou a desconfiar ainda mais das pessoas, evitando aproximação, pois temia que fosse internada novamente. Repetia incansavelmente para as equipes de saúde, que os remédios que tomou na internação a deixaram "dopada e sem vida".

O cuidado compartilhado: Construção de rede e o território como cenário de práticas

Como estratégia inicial, o CAPS começa a realizar visitas ao território e ao local da residência, junto a equipe da ESF, com o intuito de conhecê-la. Essa direção de trabalho foi pactuada a partir das discussões nas reuniões de matriciamento realizadas pelo CAPS na Clínica da Família, onde combinam uma visita a paciente para então avaliar a necessidade de cuidados em saúde mental. Da equipe do CAPS, ficam definidos a princípio dois profissionais de referência, que já acompanhavam o caso via matriciamento. Por parte da ESF, foi avaliado que devido a relação totalmente esgarçada de Maria com sua equipe de referência da atenção primária, que seriam necessárias duas ACS de outra equipe da clínica,

uma vez que ela certamente retomaria a ideia de que os profissionais de sua equipe ajudaram a vizinhança a amarrá-la no poste para levá-la a internação. O vínculo estava comprometido.

Por um bom tempo procuramos por Maria, que nunca era encontrada em casa. Em uma ação compartilhada com a ESF, circulamos por todo território, por diversas vezes, em busca de notícias, em locais e horários variados, incluindo o período noturno, considerando o funcionamento do CAPS 24hs, em igrejas, nas quais havia relatos que costumava frequentar, mas sem êxito. Porém, o caso já era conhecido por vários setores e algumas ações intersetoriais já estavam sendo disparadas, como reuniões para discussão e planejamento da condução do caso. Uma decisão já havia sido tomada antes da entrada do CAPS no caso. A casa em que Maria morava há trinta anos, seria demolida. O risco de desabar era grande. Estava interditada pela Defesa Civil.

Registros dessas reuniões, apontam para a necessidade de sua realocação, uma vez que sua residência seria demolida e ela seria encaminhada para abrigamento. Contudo, devido à sua situação de saúde, foi sugerido que fosse encaminhada para uma unidade que possuísse serviço de psiquiatria, tendo sido feito, pela Subprefeitura da zona norte, contato com um dos hospitais de referência em psiquiatria do município, solicitando visita domiciliar por equipe médica (de saúde mental), para avaliação do seu estado mental e realização de relatório médico, a ser anexado ao relatório social e encaminhado ao Juiz, da justiça itinerante, buscando um direcionamento legal sobre as estratégias a serem tomadas.

O imóvel já havia sido cadastrado junto à SMH para encaminhá-la para indenização ou aquisição assistida. A partir de então, em fevereiro de 2012, o PAC Social convoca o CAPS para uma reunião que tinha como finalidade exclusiva a discussão do caso e a elaboração de estratégias para resolver a situação. Neste encontro, participaram vários atores, como: chefe da COMLURB, uma ACS da ESF, uma funcionária da Secretaria Municipal de Habitação, o CAPS, PAC Social e a filha de Maria.

Desta primeira reunião, foram traçadas algumas diretrizes para cada segmento. Ao CAPS e à ESF, fica alinhado o compromisso de estabelecer uma aproximação da paciente para construção de vínculo, e gradualmente conhecê-la para que ações em saúde pudessem ser traçadas. Sua filha se colocou disponível para auxiliar nessa aproximação. À Secretaria Municipal de Habitação, caberia a tarefa de estudar qual seria a melhor opção de moradia transitória, após a casa ser demolida, apontando como opções, o aluguel social ou um abrigo. À COMLURB, a tarefa de retirada do lixo, no momento e forma que fosse mais adequado. Após essa reunião, muitas outras precisaram acontecer, para discussão e alinhamento dos processos e criação de novas estratégias.

Nessa mesma data, foi feita nova visita domiciliar e finalmente, as equipes do CAPS e da Clínica da Família, na figura de uma técnica de enfermagem e uma ACS, puderam encontrá-la. Embora os tenha recebido bem, mostrou-se receosa e desconfiada com a visita, e foi logo dizendo que seu problema “é só solidão”, mas que “não é doente, não é louca” - “não tenho problema mental”. Mais tarde, descobrimos que era dia do seu aniversário.

Maria morava sozinha nessa casa e não possuía nenhum recurso financeiro, sobrevivendo apenas da ajuda de vizinhos distantes e da venda de alguns objetos ao ferro velho. Sua rede familiar permanecia bastante frágil, seu pai morava com um de seus irmãos e sua filha, com a qual não possuía bom relacionamento, nunca a visitava, relatando " ter vergonha da mãe, devido ao lixo que ela acumulava em casa". Não existia qualquer relação com seus irmãos, que também recusavam aproximação. Maria referia-se como "excluída da família".

A doença mental continua sendo, com frequência, motivo de muita vergonha para os familiares. No imaginário social, predomina uma visão de medo e rechaço frente a qualquer comportamento ou experiência, que se afaste dos padrões de normalidade. Devido a isso, Maria sofreu todo tipo de preconceito e violência de vizinhos e familiares, culminando em uma vida de exclusão.

Os encontros iniciais, se deram do lado de fora de sua casa, pois não era possível entrar nela. Encontrava-se toda ocupada pelo lixo, não restando um espaço sequer para circulação. Todos esses objetos é que sustentavam a casa de pé. Maria por sua vez, estava lá dentro, em meio à um montante de objetos. As equipes do CAPS e da ESF, do lado de fora, tentavam estabelecer uma conversa, mesmo que muito à distância. Quase não era possível vê-la. Relatos de algumas pessoas da vizinhança, afirmam que ela sempre esteve ali nos momentos das outras tentativas de visita. Mas, manteve-se escondida para não ser encontrada, em meio à um montante de roupas, bolsas e tapetes.

Esse contexto em que vivia, nos remete à música de Vinícius de Moraes, “A Casa”:

“Era uma casa muito engraçada, não tinha teto, não tinha nada.
Ninguém podia entrar nela não, porque na casa não tinha chão.
Ninguém podia dormir na rede, porque na casa não tinha parede.
Ninguém podia fazer pipi, porque penico não tinha ali.
Mas era feita com muito esmero, na rua dos bobos número zero.”

Embora retratasse sua realidade diária, não encontramos nada de engraçado por lá. Ressalta-se que essa casa era exatamente o contrário, não é uma casa vazia sem paredes ou janelas e portas. É uma casa transbordante de coisas que a entopem e impedem qualquer circulação, deformando sua estrutura e as condições de habitação. Casa, cujo teto era forrado com o lixo. Sem ele, desabava. O chão, tomado por objetos diversos, não se via, nem tampouco, servia de apoio para os pés. Nas paredes, também sustentadas pelo peso dos objetos, não se podia encostar. Banheiro não tinha ali. Os banhos eram realizados na casa de uma vizinha distante, que também emprestava momentos de lazer para ela, a convidando para assistir TV todas as noites em sua casa. Foi feita com muito esmero e estava quase literalmente na rua dos “Bobos”, número “zero”. Maria protegia sua casa com unhas e dentes, mas em um local não mais possível de viver com saúde e segurança. Sua casa não tinha número. Sua rua, com buracos e valas, de vizinhança nada amigável.

A partir deste primeiro encontro, foram feitas muitas outras visitas, quase que semanalmente. O dispositivo da visita domiciliar propicia não só o atendimento à paciente, mas o encontro com o território e com o que ele produz. Nessas oportunidades, pôde-se falar com a rede local e realizar um mapeamento territorial do que se poderia incluir como rede de apoio ao cuidado à Maria.

Após alguns encontros, tanto em sua casa como no território quando empurrava seu carrinho de mão, avaliamos que precisava de acompanhamento psiquiátrico, por apresentar quadro paranóide, com alteração de sensopercepção, o que incluiria a construção de uma rede capaz de acompanhá-la no seu ir e vir cotidiano. O projeto inicial se resumia em aproximação diária, para que fosse possível a construção de vínculo com as equipes e, gradualmente, fosse aceitando cuidados. Essa aproximação foi feita semanalmente, no próprio território, pelas ruas onde circulava e pelos espaços onde frequentava, como salão, igreja, praça, casa de vizinhos e, na porta de sua casa.

Nesse trabalho, verificamos que embora sua relação com o território estivesse afetada pelas coisas que vinha acumulando as frequentes alterações de comportamento, Maria possuía uma rede de proteção própria, fora dali. É uma mulher muito ativa, que se mantém com o seu trabalho diário de levar os objetos encontrados na rua, para vender no ferro velho, como panelas e materiais de alumínio e ferro, e com ajuda de algumas pessoas e instituições. As roupas encontradas, assim como as bolsas, tapetes e sapatos, eram guardadas, apontando para um padrão e uma seletividade dos objetos que acumulava e dos que recolhia para vender e sobreviver. Não era puro caos, havia ali uma lógica construída por ela para sua sobrevivência.

Possui uma rede social com muitos moradores da comunidade, que a conhecem, falam com ela, frequenta uma igreja católica que lhe doa mantimentos todo mês, e conta com o apoio de alguns conhecidos, que lhe fornecem água para beber e emprestam a casa para que possa tomar banho, apresentando-se com boa aparência e preservada. A mulher que era chamada de “a maluca do lixo”, na verdade adorava andar arrumada, perfumada e com unhas e cabelos feitos. E assim fazia toda semana no salão local na qual era cliente. Frequentava semanalmente, espaços sociais como igreja, mercados e LBV, com participações importantes, inclusive como obreira, ajudando a pessoas carentes.

Maria mantinha boa relação com algumas pessoas e lugares nas comunidades vizinhas a sua, ainda dentro do complexo, que relatam nunca terem tomado conhecimento de que acumulava objetos e de seu movimento pela comunidade. Referem que sempre esteve bem preservada e organizada, não apresentando qualquer alteração de comportamento e/ou pensamento. Sua amiga mais próxima, que todas as noites a convidava para assistir TV em sua casa, diz estar “surpresa” com os acontecimentos.

Em relação ao CAPS, não aceitou inicialmente o tratamento, negando qualquer convite da equipe. Por mais que se tentasse fazer alguma combinação para que comparecesse ao serviço em alguns dias e horários, ela mantinha-se resistente. Quando aceitava, logo que chegava dizia querer ir embora por não precisar de tratamento, referindo ter “medo de que a prendessem” na unidade. Nas poucas vezes em que esteve no serviço, permaneceu por pouco tempo, mas o suficiente para tomar um cafezinho na sala da direção e participar da oficina de produção de sabonetes.

Naquele momento, a proposta de trabalho com ela, era conseguir através da construção de vínculo com o serviço, fazer com que gradualmente, compreendesse que o acompanhamento proposto pelo CAPS III, é diferente de um dispositivo de internação. Aos poucos, Maria foi ficando menos resistente às propostas de cuidado, mas ainda muito receosa com o que estava por vir. O medo de perder sua casa era enorme, o que a deixava transtornada pela comunidade e afastada das equipes e dos serviços. Importante salientar que desde o início foi-lhe garantido que não perderia a sua casa, mas que para mantê-la seria preciso que ela se dispusesse a mudar o seu comportamento.

A função da gestão na produção do cuidado:

Os impasses com o caso começaram a surgir quando um assessor da Subprefeitura da zona norte vai ao CAPS, sem aviso prévio, para informar que derrubaria sua casa naquela data. Acompanhado por homens e máquinas para isso, mostrou-se determinado a realizar a ação naquele momento.

Foi um momento de grande tensão para o caso, e porque não dizer, um dos mais importantes e estratégicos, onde foi necessário um posicionamento da gestora da unidade, no sentido de tentar garantir que a condução das ações, respeitasse o tempo da clínica. O desafio com esse ponto da rede, era fazer com que compreendessem que seria importante um tempo de trabalho com ela, para a construção de vínculo e de confiança. Foi uma longa conversa, cheia de obstáculos, manejados com uma recepção a base de um cafezinho, bons argumentos clínicos e disponibilidade para um fazer que ia além do simples ato de desapropriação de posse.

Em um dado momento da conversa, me foi perguntado o que eu queria. Eu então, disse: “tempo!!!” Tempo para escuta, para construção de vínculo, tempo para estar com a paciente e trabalhar o que fosse necessário para que, a demolição de sua casa, pudesse ser compreendida por ela, como algo necessário naquele momento, com benefícios para sua vida e não como mais um ato de violência.

A partir daí, a conversa pôde avançar no sentido de outras possibilidades para o caso, chegando a ser cogitada a hipótese de se construir uma outra casa no lugar da que seria demolida, mas foi concluído que o custo ficaria maior. Foi pensada ainda, a possibilidade da construção de uma nova usina de reciclagem de materiais, que beneficiaria muito o trabalho com Maria e, também, muitos moradores do Complexo do Alemão, que tem a reciclagem como uma fonte de trabalho. Porém, até o momento, esse projeto não foi viabilizado.

Desta maneira, mas não sem tensões entre os diferentes setores, foi possível negociarmos o tempo necessário de aproximação, de modo que gradualmente, Maria participasse do processo que implicaria a retirada do que se transformou em uma grande entulho de objetos já deteriorados, pois era recomendável que a limpeza fosse feita com a sua participação. Discutimos sobre a importância de incluí-la nesse processo, onde pudesse separar, com a ajuda das equipes, o que gostaria de preservar.

Muitos encontros foram realizados entre as equipes para que esse processo fosse alinhado, assim como, o trabalho com Maria foi intenso na construção da ideia de que sua casa lhe oferecia riscos e precisaria pensar o que dela aproveitaria.

Durante um período de aproximadamente um mês, as equipes do CAPS e da ESF, acompanharam-na nesse processo de selecionar os objetos que estavam em condições de uso, e os que poderiam ser descartados, dando novo sentido ao que antes seria apenas uma ação de desapropriação. O CAPS ajudou na separação das coisas e a ESF, na interlocução e mediação com o território para que isso fosse possível.

Pouca coisa dava para aproveitar. Os objetos estavam em péssimo estado, com muito mofo, sujos e úmidos, em meio a vários vetores, como ratos e baratas. Maria, não fazia qualquer crítica quanto a isso, querendo permanecer com todos, dizendo “são minhas coisas!!!” “Não tirem elas de mim!!!”

Ação em Rede: O formal e o informal como cuidado

Maio de 2012. Chega o dia em que é programada a limpeza e retirada do Lixo, pela empresa de coleta da prefeitura. Como combinado, estávamos no local para acompanhar todo o processo junto à Maria e ajudar na mediação com o que fosse necessário, o que foi outro momento de grande tensão do caso. Naquele dia, muitas pessoas da comunidade resolveram assistir ao que iria acontecer no local que, há tantos anos, serviu de depósito de lixo para muitas pessoas, que tinham como hábito, usar o entorno de sua casa, para jogar o que não lhes servia mais, formando uma plateia um tanto arisca à situação.

Maria, muito irritada e agitada, durante todo o tempo pegava os objetos que a COMLURB retirava para colocar no caminhão de coleta, repetindo que aquelas coisas não eram lixo. “São minhas coisas”, permanecendo no meio de tudo, tentando evitar que o caminhão as levasse. Foi xingada de velha maluca e empurrada com violência para que saísse do local, chegando a cair no chão. Nesse momento, tomo a decisão de parar a ação devido ao modo como tudo estava sendo conduzido pelos outros setores. Não havia qualquer escuta desses profissionais quanto ao tratamento que estavam dando para o movimento de Maria, que tentava garantir tudo o que tinha. Repetiam aos gritos que ela estava atrapalhando e se arriscando ao ficar em meio a todas aquelas coisas, como máquinas e ferramentas de trabalho utilizadas por eles, para a limpeza do local.

Foi necessário que o CAPS barrasse o que estava acontecendo para que Maria não sofresse mais nenhum tipo de agressão ou violação dos seus direitos. Eu, do lugar estratégico de direção do serviço, que acompanhava in loco toda a ação, ordeno interromper

imediatamente o trabalho e aviso que só retomariamos após nova conversa com os parceiros envolvidos.

Foi um momento de muita tensão e conflito com o campo intersetorial e com os parceiros informais do território, que agiam com hostilidade, não só com Maria, mas também, com as equipes do CAPS e da ESF. Após minha intervenção, recebi como resposta, uma peneirada de lixo na cabeça dos profissionais que o recolhiam, em um ato de resistência ao modo como estávamos propondo que a ação fosse conduzida.

A partir disso, percebemos que o ambiente ficou pouco favorável para permanência de Maria aquela noite no território, que agitou-se ainda mais, correndo por toda a comunidade com os objetos (roupas) que havia conseguido guardar, em uma tentativa desesperada, de garantir seu “lixo”. Foi preciso fazer uma mediação com um território inóspito naquele momento para ela e para todos. E, então, em uma ação combinada entre parceiros da rede formal e informal, retiramos Maria do local e a levamos para o CAPS, onde permaneceu em acolhimento noturno.

Isso envolveu profissionais do serviço, incluindo a mim como diretora da unidade, dentro da comunidade, manejando a situação com os outros parceiros, de modo que saíssem da comunidade, em segurança. Na parte baixa do morro, na entrada da comunidade da Grota, um profissional do CAPS, negociava com os motoristas de kombis que faziam o transporte de passageiros em áreas em que era possível circular, de irem até o local onde a equipe estaria com a paciente, para que pudessem descer o morro em segurança. Maria, por sua vez, apresentava-se arredia à abordagem dos profissionais, e quando percebia que nossa intenção era a de tirá-la do local, corria pelos becos e vielas, em uma velocidade difícil de acompanhar, aumentando ainda mais sua vulnerabilidade naquele território e, também das equipes, que por alguns instantes, pareciam estar à caça às bruxas ou até mesmo, em uma brincadeira de gato e rato.

Após um tempo, Maria é levada ao CAPS e permanece por uma noite no serviço, em acolhimento. Nesse curto período, foi necessário medicá-la por apresentar alterações da sensopercepção. Apresentou certa resistência, por dizer que tais medicações a deixavam dopada e “precisava estar lúcida.” A experiência da internação, a deixou resistente a qualquer abordagem e proposta terapêutica, especialmente ao uso de medicação psiquiátrica. Aceitava tomá-las por achar que eram remédios que aumentavam sua imunidade, e a protegiam de doenças, como a antitetânica.

No dia seguinte, após articulação da ESF, fizemos contato com uma amiga, que dizia ter ótima relação e considerar como sendo da família, que aceitou recebê-la, enquanto sua situação de moradia estava sendo resolvida.

VISITA DOMICILIAR, A PARTIR DA ARTICULAÇÃO COM A CLÍNICA DA FAMÍLIA E ENTRADA NO CAPS VIA ACOLHIMENTO NOTURNO. IMPORTANTE SALIENTAR QUE NEM SEMPRE O PACIENTE EM CRISE PRECISA DAR ENTRADA VIA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA.

Maria morou por um tempo de favor na casa dessa amiga, que fica na mesma comunidade, constituindo-se como uma rede informal potente ao seu cuidado, até que passa a pagar sua estadia com o valor recebido do aluguel social, viabilizado a partir da articulação do CAPS com a Secretaria de Habitação. Durante esse período, voltou por diversas vezes ao local de sua antiga casa para retirar coisas que ainda não haviam sido coletadas pela COMLURB, guardando-as no espaço em que morava provisoriamente.

A perda da casa por conta do seu sintoma de acumulação, provocou períodos de grande desorganização, agitação e vulnerabilidade no território. Sua permanência com o acúmulo de lixo e a constante ameaça na comunidade, faziam com que, muitas vezes, a levássemos para o CAPS sem seu consentimento, contrariando as normas de um CAPS III, de acolhimento voluntário, mas que foi avaliada como necessária naquele momento.

Em outros momentos, utilizamos o recurso do CAPS III, para acolhimento de situações que também a colocaram em risco ou vulnerável, como em um episódio sofrido na casa de sua amiga, quando a casa pega fogo, afetando todos os cômodos, inclusive o que Maria dormia. Isso aconteceu em uma tarde de sábado, onde todos estavam em casa vendo TV, incluindo muitas crianças, dentre elas, uma cadeirante.

Nesse dia, recebi uma ligação de dois profissionais do CAPS, que estavam no local do incêndio, após terem sido avisados pela comunidade sobre o ocorrido. Muito nervosos, diziam “botaram fogo na Maria!!!”. Imediatamente, me desloquei para lá e ao chegar, encontro um cenário drástico. A casa, sem condições de se habitar, e todos do lado de fora, sem saber o que fazer. Já não se tinha mais nada. Roupas, utensílios domésticos, alimentos,

foram todos destruídos pelo fogo. Maria, por instantes some pelas vielas do complexo, em uma atitude desesperada de ainda encontrar alguma coisa em meio ao que restou da demolição de sua casa.

Procuramos por ela por algumas horas e a levamos para o CAPS, juntamente com sua amiga e os filhos desta, para que pudéssemos pensar no que fazer diante daquela situação. Após um longo acolhimento e cuidado, com a ajuda do CAPS, puderam voltar ao território com uma retaguarda de roupas, utensílios de cama e banho e mantimentos, angariados pela articulação do serviço com outros equipamentos, como clínica da família e alguns comerciantes locais.

Passado esse acontecimento, encontrar uma casa para Maria, tornou-se ainda mais urgente! Porém, com as obras do PAC e construção do teleférico e implantação das UPPs, os imóveis no Alemão passam por uma considerável valorização, elevando muito o valor de venda, o que torna o processo ainda mais complexo. Os imóveis encontrados estavam acima do valor que receberia com a indenização da casa, assim como, o que ela elegeu como sendo o de sua preferência, cujo valor real, estava consideravelmente acima da quantia que poderia pagar.

Isso demandou do CAPS, articulações que envolveram várias instâncias como, secretaria de habitação, justiça, INSS, território e seus “corretores locais”, dentre outros, exigindo um acompanhamento contínuo com Maria, em cada um desses pontos da rede. Vários foram os impasses enfrentados durante esse processo, desde o valor da indenização e sua liberação, que extrapolou o tempo determinado de três meses, a concessão do aluguel social durante esse período, que exigiu uma série de documentações que Maria não possuía no momento, assim como, do benefício de prestação continuada (BPC), que foi negado e remarcado, diversas vezes pelo INSS, por vários motivos, até encontrar a casa e poder pagar por ela.

A compra da casa contou com a ajuda do CAPS, que fez as articulações e disparações para que esse processo fosse viabilizado, apresentando as dificuldades encontradas na busca de um imóvel e os impasses que Maria vinha enfrentando em todo esse percurso. Como resultado, a secretaria de habitação dobrou o valor da indenização para que conseguisse comprar a casa que escolheu, e, o proprietário do imóvel, por gostar muito dela, e ainda por estar precisando de dinheiro para pagar a cirurgia de sua esposa que estava doente e mudar-se para a parte baixa do morro, resolveu vender a casa por um valor mais baixo, presenteando-a com alguns móveis que deixa para ela.

Importante destacar, que a disponibilidade e sensibilização entre os pares, o trabalho em rede e o reconhecimento e valorização do que para ela seria importante, foi fundamental para que a compra do imóvel fosse possível.

Casa nova: velhos problemas

Maria passa a morar na parte alta da comunidade, em um território de mais difícil acesso, distante das vias principais, comércio e serviços de saúde, como o CAPS e a Clínica da Família. A escolha pelo lugar teve relação com o tempo e vínculo com o local e as pessoas, elegendo como seu território subjetivo, aonde viveu desde o nascimento e mantinha suas relações. É uma casa com visão privilegiada do Alemão, e vista panorâmica das vias principais de entrada da comunidade, dando visibilidade à circulação de carros, motos e caminhões que entram, tornando-a inicialmente, um ponto de encontro da vizinhança, que diariamente, sentavam na escada de sua casa para papear, tomar um café juntos e ver o movimento do morro.

Por um tempo, até que sua casa estivesse mobiliada, Maria passou a fazer algumas refeições no CAPS e com a ajuda dos amigos da igreja que frequentava e do serviço, foi promovido um chá de casa nova para agilizar o processo total de mudança. Porém, apesar do imóvel mobiliado com os artigos que havia escolhido, Maria dizia sentir “um vazio”, “uma solidão muito grande” ao estar em casa, e por isso guardava tantas coisas ao seu redor. Composta por dois pavimentos e nove cômodos, havia espaço demais, que acabavam por ser ocupados, por objetos encontrados no lixo e por seus gatos, o que parece marcar um ponto importante de sua estratégia de sobrevivência subjetiva diante da solidão e do abandono subjetivo próprio da psicose, que aparece como esse ‘vazio’, mesmo sendo tratada e cuidada.

Certa vez, após arrumar a casa com um profissional do CAPS, que a ajuda a retirar algumas coisas que não mais serviam, cai no choro quando ele vai embora, e o serviço é acionado pela vizinha dizendo estar preocupada com ela. O profissional, ao retornar, a encontra muito fragilizada, chorando, dizendo não suportar a casa sem suas coisas, porque “fica um vazio”. “Todas essas coisas, me protegem.”

Em pouco tempo, Maria volta a acumular uma grande quantidade de objetos em casa, a tal ponto de ser preciso novamente uma intervenção com limpeza e retirada de alguns itens, que por causa do acúmulo indevido, trouxe problemas com a vizinhança. Quanto mais espaço, mais Maria acumulava objetos encontrados na rua, não havendo nenhum lugar para circulação no interior do imóvel, passando a dormir no terraço a céu aberto, se expondo a

qualquer risco de doenças. Todos os utensílios domésticos foram perdidos em meio ao lixo degradado, assim como qualquer possibilidade de se habitar aquele local, devido ao surgimento e aumento de ratos e baratas, transformando o lugar em grande foco de mosquitos, provocando medo em todos, de uma epidemia de dengue.

Toda essa situação e a inexistência de qualquer crítica quanto ao risco que se coloca, faz com que sofra constantes ameaças de morte e agressão (agressão verbal, física, sexual, moral) pela comunidade, deixando-a extremamente vulnerável no território, tornando a retirada do que se transformou em lixo, necessária à redução dos riscos e danos causados pelo seu sintoma de acumulação. Em todas as vezes em que essa ação se fez necessária, Maria reagiu muito mal, desorganizando-se pelo território, agredindo e xingando as pessoas e dizendo que todos estão querendo tirar suas coisas, acarretando seu afastamento por um tempo do serviço, dificultando também acessá-la no território.

Para a continuidade do acompanhamento, priorizando o território como campo das ações de cuidado, foi necessário rever seu projeto terapêutico, incluindo não só a ampliação de um projeto cada vez mais territorial e intersetorial, mas também, a frequência com que ia ao CAPS. O trabalho com Maria ficou vinculado ao acompanhamento semanal pelos espaços que circulava. De dois em dois dias, as equipes do CAPS e da ESF, estavam juntas em sua casa e ajudavam na organização do espaço e dos objetos que acumulava, de modo que não se tornassem lixo, fora de uso, e conseqüentemente, produzissem efeitos à sua saúde e da vizinhança, e, ainda, sentavam para um café com bolo ou um lanche na pastelaria, lugar que há muitos anos, diz comer pastel e beber caldo de cana, e lembrar de momentos da sua vida.

Como efeitos desse trabalho, pode-se recolher novas possibilidades de cuidado, como administração da medicação diariamente em sua casa pelo enfermeiro do CAPS, que fazia a referência do caso; ampliação do vínculo com os dispositivos de cuidado; idas ao CAPS com mais frequência para festas, passeios, oficinas, grupos e atendimentos com a psicóloga e diminuição da vulnerabilidade no território.

A violência como impasse para o cuidado

Em um território marcado pela violência, muitos entraves surgiram para a continuidade da assistência prestada a paciente, com destaque para a violência armada, que por um tempo esteve velada pelos becos e vielas do complexo, mas com intervenção direta na vida da comunidade.

Os problemas começaram a se intensificar com a retomada e aumento da violência urbana nesse território, em 2014, limitando a circulação de Maria e das equipes pela comunidade, que eram impedidas de circularem pelo complexo em dias de confrontos armados, que se tornaram cada vez mais intensos. Na porta de sua casa, um QG do tráfico é instalado. Os traficantes da localidade construíram uma grande muralha composta de buracos, uma espécie de fortaleza do tráfico, de onde monitoravam toda a movimentação do morro, a entrada e saída da polícia, e se defendiam dos confrontos diários, impossibilitando as visitas domiciliares, tanto do CAPS como da Estratégia de Saúde da Família, que se encontrava sempre com território vermelho, que impede os ACS de circularem nas comunidades do Complexo do Alemão.

A não continuidade do acompanhamento regular no território, faz com que Maria volte a acumular em grandes proporções e reduza as suas idas ao CAPS, voltando a ter sérios problemas com a comunidade, que aciona mais uma vez a associação de moradores a intervir no caso da “louca do lixo”, com limpeza de sua casa pela COMLURB e por conta disso, novas ações foram pactuadas assim como novos combinados foram feitos para o cuidado dessa situação, priorizando sua participação na tomada de decisões. Ferramentas como reuniões intersetoriais, encontros com a comunidade local, com lideranças comunitárias, criação de grupo de WhatsApp formado com a rede articuladora do caso, assim como o dispositivo do acolhimento noturno e a revisão da medicação, foram disparadas.

Entretanto, apesar das inúmeras reuniões (na associação de moradores, com ESF e nas supervisões do CAPS) onde seu caso foi amplamente discutido, continuávamos num impasse quanto ao manejo a ser efetivado, de forma a possibilitar a Maria uma melhor circulação pela comunidade, assim como, uma melhor relação com os objetos que acumulava.

Houve por parte de alguns técnicos de ambos os dispositivos, questionamentos acerca da permanência de Maria em sua casa durante a retirada do que se transformou em lixo e a limpeza do espaço, ou seja, se a mesma teria, de fato, possibilidade de acompanhar a ação, visto que das outras vezes, ficou bem desorganizada. Várias foram as questões que se colocaram para o caso. A perda da casa por conta do seu sintoma de acumulação, a vulnerabilidade que se colocava frequentemente no território, nenhuma crítica quanto à morbidade, a não aceitação do tratamento, frágil ou nenhum relacionamento familiar, rede social comprometida, construção de um novo lugar de moradia e pertencimento e a violência como barreira de acesso, tornavam o caso um tanto complexo.

O que fazer com um caso que provoca tanto incômodo à comunidade através do acúmulo de objetos e como garantir seus direitos à casa/ moradia, de circulação e coleta de lixo, sem que comprometesse sua saúde e a vizinhança, assim como, quais redes de cuidado deveriam ser construídas para o seu acompanhamento na comunidade, eram perguntas frequentes que permeavam as discussões realizadas nos encontros com os diversos setores e nas supervisões do CAPS. Cada vez mais o caso vai apontando para a necessidade de uma multiplicidade de coisas, pessoas, lugares, capazes de criar uma rede intersetorial, potente e articulada de cuidados no território, incluindo equipamentos formais e informais de variados setores da comunidade.

Importante assinalar que embora seja uma paciente bastante resistente ao tratamento, foi possível, graças a esse trabalho em rede, recolher informações e dados importantes sobre ela. Alguns aspectos que apontam para uma contradição é o fato de ela ao mesmo tempo que acumula lixo, é uma pessoa vaidosa, limpa, que se cuida. Isso já demonstra de saída, que a representação que ela faz do que seja lixo, sujeira, que provocam doenças e dificuldades no laço social, não seja a mesma que a da maioria de nós. Em função de sua psicose, de estar inserida em outra realidade, o trabalho a ser feito (tanto pelo CAPS quanto pelos demais dispositivos e atores), deva ser o de tentar transmitir a ela que pode até continuar acumulando, desde que os objetos acumulados não lhe tragam tantos prejuízos, tanto em termos de sua saúde física, quanto na manutenção dos laços sociais.

Tomando o cuidado de não cair na lógica da idealização de que Maria deva parar de acumular coisas, talvez esse trabalho deva seguir a lógica da Política de Redução de Danos (aplicada aos usuários de drogas), priorizando a diminuição dos riscos no território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos assuntos, imagens e afetos foram surgindo na minha memória, quando comecei a escrever essa experiência de ter implantado um CAPS III no coração do Complexo do Alemão, com a missão de integrá-lo ao território como um dispositivo potente de cuidado. Fazer um registro dessa história significou retomar questões impostas como as principais tarefas para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, com ênfase no cuidado territorial das crises, fundamental para a humanização do cuidado em liberdade e para a extinção de qualquer modelo de assistência que gere aprisionamento e sofrimento.

O Brasil no final dos anos 70 já chegou a ter 98 mil leitos psiquiátricos, que funcionavam como locais de isolamento social, mortificação e experiências degradantes de descaso para com os desvalidos, apresentados como a única possibilidade de tratamento para os loucos de todos os gêneros. Os manicômios, ou como querem os arautos da velha psiquiatria, os hospitais especializados, representaram uma parte tenebrosa da história das políticas públicas no Brasil e foram objeto de uma onda de indignação que ganhou corações e mentes.

No processo de desconstrução do legado do regime autoritário, quando o Brasil lutava por democracia e justiça social, o movimento por um sistema público e universal de saúde, conhecido como Reforma Sanitária, e o movimento pela transformação da assistência em saúde mental, conhecido como Reforma Psiquiátrica representaram duas das principais conquistas de uma sociedade que se reinventava. A construção de iniciativas de novos modelos de cuidado e a formulação de um avançado arcabouço legal para dar sustentação ética e política para um novo modo de operar a atenção à saúde de forma solidária, com especial olhar para com a vulnerabilidade, foram marcos das conquistas obtidas nas lutas pela cidadania plena.

A mudança da relação da sociedade com a loucura e a luta pela garantia dos direitos engendraram um movimento social por uma sociedade sem manicômios, pelo sonho do fim do confinamento e da exclusão e por sua substituição por dispositivos criativos e descentralizados com potência para garantir o acesso e o cuidado para com o sofrimento psíquico. Durante os últimos vinte anos assistimos à implantação de milhares de estruturas de atendimento comunitário para portadores de transtorno mental, com equipes multiprofissionais, substitutivas do modelo hospitalar, com capacidade e alcance para

trabalhar em rede e articular recursos no território, que demonstraram ser possível o cuidado em liberdade.

Egressos de longa permanência institucional puderam contar com estruturas residenciais adequadas às suas necessidades individuais, com suporte de renda mínima para a vida na cidade com dignidade. Realizamos intervenções culturais para ampliar o debate e a visão da loucura como parte inerente e respeitável da sociedade. Mas seguimos com nossas contradições e conflitos no modo de ver a gestão dos recursos, na forma de sustentação da responsabilidade pelo cuidado, nas múltiplas visões de se entender a execução das políticas públicas do Estado Brasileiro com sua histórica conformação jurídico-administrativa.

Dividimos nossos esforços em grupos antagonísticos deixando de investir na garantia do acesso, na qualificação técnica e estrutural dos dispositivos de saúde mental, perdendo a oportunidade de obter recursos para consolidação do modelo comunitário de atenção psicossocial integrado à atenção primária de saúde.

O inegável protagonismo das famílias e dos usuários nas frentes da luta antimanicomial enfrentou a resistência das equipes técnicas que custaram a reconhecer a valiosa contribuição desses atores para qualificar a experiência de vida/sofrimento psíquico. Produzimos tanto atores resistentes à radicalidade da luta antimanicomial e ao cuidado comunitário, como adeptos da radicalidade retórica, desconectada do necessário agir social que lhe dê legitimidade.

Nesse percurso somos confrontados pela (re)tomada do poder por parte de grupos que defendem de forma explícita o confinamento dos loucos e “drogados” em espaços institucionais sustentando a bandeira do tratamento moral como alternativa à degradação social causada, sobretudo, pela uso de drogas ilícitas e com a inversão do financiamento das ações de saúde para afirmação do modelo de exclusão. Para nós que sustentávamos o anseio de luta contra os manicômios mentais que habitam a nossa experiência social, agora, temos que organizar nossas fileiras para defender nossos avanços, nossas experiências exitosas, mas ainda pouco validadas socialmente, do equivocado financiamento das ações de saúde.

A “nova” política de saúde mental tem o cacoete de duzentos anos de psiquiatria temperada com a retomada de poder dos coronéis dos latifúndios manicomiais, avessos à construção de relacionamentos respeitosos para com os desvalidos e desvairados párias da sociedade dos senhores. Sem qualquer verniz, se estabelece um forte financiamento das diárias hospitalares dos manicômios, agora inseridos na rede de atenção psicossocial e se

produz a indução de práticas excludentes e de confinamento, investindo no aporte das internações involuntárias ou mesmo compulsórias de grupos vulneráveis.

Temos uma declarada política de retrocesso civilizatório. Estar nas ruas, trabalhar pela liberdade, defender os vulneráveis e seguir com o sonho de uma sociedade sem manicômios, deve ser nossa tarefa constante. Desta forma, a opção por uma pesquisa sobre CAPS III no município do Rio de Janeiro representa uma importante e necessária reflexão sobre o processo de produção do cuidado fora dos manicômios, que pretende agregar saberes e transformar práticas, a partir das iniciativas pioneiras no cuidado 24 horas territorial e comunitário, e dar visibilidade a potência do CAPS III para reafirmar a Reforma Psiquiátrica como Política Pública a ser seguida para o acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico.

Todavia, a implantação de um CAPS III é uma tarefa que impõem desafios. Primeiramente, pelo seu caráter estratégico para a consolidação da Reforma e segundo, pelo risco deste dispositivo ser uma atualização do manicômio. Parte da constatação da importância que assumiu para a política nacional de saúde mental, que o escolheu como eixo prioritário para consolidação da Reforma Psiquiátrica e lhe reservou o papel de construir novos modos de relação entre a loucura e a sociedade.

Nessa perspectiva, no processo de quebra do modelo hegemônico onde o trabalho visa especialmente a cura da doença para a construção de novas práticas e serviços, a implantação dos CAPS III ainda se encontra em um processo de construção e amadurecimento. O modelo de atenção psicossocial com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica vem se consolidando nestes novos equipamentos sendo que, sob este prisma, se considera a partir do trabalho interdisciplinar a reinserção das pessoas ao seu território, à sua família e à comunidade. Assim, os profissionais ficam frente aos desafios de construir outro tipo de cuidado a partir dos projetos terapêuticos individuais, considerando aspectos além da doença e dos muros do serviço.

Neste modelo, a atenção às crises representa um elemento decisivo e estratégico em todo processo de Reforma Psiquiátrica. A amplitude, a qualidade, a efetividade e humanização da assistência lograda nesse campo definem o poder de intervenção e o alcance dos processos de Reforma Psiquiátrica a partir da constituição de redes de cuidado e reabilitação psicossocial que contemplem as necessidades de atenção dos problemas de saúde mental e álcool e outras drogas na população. O trabalho em rede é uma condição

essencial dessa nova abordagem, pois a base real e o suporte da atenção integral à crise, é a rede ampla de assistência e reabilitação que sustentam os projetos terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade.

Além disso, a atenção à crise no contexto de toda a Rede de Atenção Psicossocial exige gestão e gerenciamento complexos, onde se articulem outras redes intersetoriais localizadas no território. Ressaltamos nesse estudo que a crise é um acontecimento das relações sociais, humanas e de poder que emerge na rede familiar, social e no território onde vivem e circulam as pessoas. É sob a luz dessa nova cena de cuidado que as nossas práticas e conceitos se forjam, exigindo criação, reformulações e mutações, particularmente, do conceito de crise, o qual organiza as nossas ações.

Assim, como lógica que substitui o manicômio, o CAPS deve se relacionar com os sentidos da vida onde elas acontecem e se responsabilizar pela crise. Para tanto, precisa manter-se inserido na cidade, fazer laço com o território e acionar diferentes recursos comunitários e de saúde. Observamos que a organização do serviço é um dos determinantes para o sucesso de um modelo de atenção à crise que se caracterize por ser comunitário, e não hospitalar. É fundamental a presença do serviço no território. É preciso que o serviço conheça os recursos territoriais, os possíveis percursos do território, que frequente as casas dos pacientes e que possa ter uma presença na vida da comunidade. Isso traz sensação de segurança e proximidade das famílias com os trabalhadores e facilita as intervenções.

Sendo a organização do serviço fundamental no acompanhamento das crises, neste aspecto, o acolhimento noturno em CAPS III é uma ferramenta importante. Ou seja, para atender uma crise, é preciso que os serviços comunitários funcionem em regime de 24 horas por dia, sete dias por semana, fato vivenciado neste estudo, onde a experiência do acolhimento noturno nos mostra que esse dispositivo suportou a crise no CAPS, utilizando-o como ferramenta para cuidar dos seus usuários e apoiando os casos de outros serviços do território e da cidade, evitando internações e reinternações em hospitais psiquiátricos, embora os elementos clínicos que indicam o uso do leito como projeto terapêutico e o tempo de permanência no acolhimento noturno, não seja consenso ainda dentro da equipe do CAPS III. Trata-se de um assunto muito discutido, com a presença de contradições e diferentes concepções do que venha a ser uma crise, causando por vezes, a permanência do usuário por um tempo maior em acolhimento, ou o não uso do leito para acompanhamento da crise. Isso cria problemas na relação de trabalho entre a equipe, que acaba ou por tomar decisões não

compartilhadas do PTS, ou de se eximir da responsabilidade da avaliação e tomada de decisão para o acompanhamento.

Entretanto, esse dispositivo deve ser a ponta da crise. É apenas um dos pontos da rede, uma das ferramentas para o cuidado dessas situações, que não deve prescindir dos recursos da comunidade para sua efetivação e continuidade. O desafio proposto para o CAPS III vai além de acolher as crises nos leitos para hospitalidade noturna. Um serviço que funcione 24 horas não se reduz a mera existência de leitos ou à equipe ampliada. O CAPS III não é auxiliar do hospital psiquiátrico. Não deve funcionar como uma estrutura acoplada ao hospital, para diminuir sua superlotação e, portanto, colaborando na disponibilização de vagas e convivendo com a internação, sem substituí-la. Isso acaba por confirmar sua necessidade, conforme afirma Costa (2007, p.97).

O estudo mostrou que ao se tomar as redes, o território e as tecnologias leves como recursos prioritários para o acompanhamento dos usuários, foi possível realizar um cuidado contínuo em liberdade, incluindo o que há de subjetivo e existencial em cada crise. Para isso, é necessário a organização da atenção psicossocial à crise em redes de cuidado, explicitada nos dois casos trazidos na pesquisa, que apontam o CAPS agindo no território e fazendo cuidado continuado, que fundamentalmente inclui a crise e um conjunto de ações para além do CAPS, do acolhimento noturno, do uso das medicações e de sua estrutura. Mostra o CAPS como dispositivo que organiza, dispara uma rede potente para além da saúde e do campo da saúde mental, e de mediação com diversos parceiros/ agentes, que vão dando seguimento, junto ao usuário e sua rede existencial, de sua circulação nos espaços de produção de vida.

Com a Reforma, onde o lugar das práticas psiquiátricas deixa de ser predominantemente o hospital para tornar-se o território de vida do sujeito, um objeto dinâmico, vivo de inter-relações, a noção de território passa a ser fundamental para as ações de promoção de saúde, pois não se restringe a um espaço geográfico ou uma área física delimitada. Configura-se pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento. O território é uma noção dinâmica, fluida, pulsante, mutante. Conhecê-lo é fundamental para a construção de estratégias ao cuidado dentro do campo das políticas públicas.

Nessa perspectiva, organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. Isto quer dizer que, para pensar a organização e as ações desenvolvidas nos serviços substitutivos ao manicômio, é fundamental que possamos considerar as diferentes lógicas do território, seus recursos, e

suas potencialidades, a partir de um conceito relacional de território, que leve em conta modos de construção do espaço, de produção de sentidos para o lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas (YASUI, 2010). Significa considerar os distintos territórios, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços. As histórias determinam os lugares e as formas de acesso: Há histórias sociais que produzem marcas e formas peculiares de se expressar. A oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços e instituições também trazem as marcas locais da construção das políticas públicas.

Nessa experiência estuda de implantação de um dispositivo de saúde mental comunitário e de funcionamento 24 horas, o que se encontrou no território foi o que determinou o modo de organização do serviço e a configuração do cuidado, apontando para a importância de considerarmos processos para fora do muro ao desenhar um “projeto terapêutico”. Um único modo de pensar “projeto terapêutico” não pode ser definidor e simplificador da multiplicidade de vidas que o usuário produz nos seus cotidianos. Um serviço de saúde mental que trabalhe orientado pelos pressupostos da atenção psicossocial, precisa funcionar em parceria com o território. O que substitui o hospital psiquiátrico é se relacionar com o fora, com a vida e com a cidade e não o CAPS.

Neste sentido, as intervenções não devem se limitar ao indivíduo e sua dinâmica própria, abrangendo também a família e a comunidade, buscando a inserção em espaços comunitários e/ou intersetoriais de convivência que promovam o acolhimento e a criação de vínculos de suporte-mútuo, a exemplo das praticadas pelo CAPS estudado - como Academia Carioca, atividades esportivas, culturais, artísticas e de lazer existentes no território. As intervenções assistenciais coletivas na unidade e na comunidade, foram fundamentais, como as oficinas de fuxico e grupos de dança, de alimentação saudável, de tratamento ao tabagismo e os grupos de ajuda e suporte mútuos para usuários e para familiares. Podem ser muito úteis também grupos de Gestão Autônoma de Medicação (GAM); terapia comunitária e, grupos da rede de garantias de direitos para pessoas vítimas de violência.

Para tanto, é preciso criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu entorno, para que se encontre e ative os recursos locais existentes, estabelecendo alianças com grupos e movimentos ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social. Verificamos que a produção de acessibilidade e barreira no cuidado em saúde mental está relacionada ao processo de trabalho da equipe e sua micropolítica, ou seja, com as possibilidades dessa equipe reinventar seus trabalhos cotidianos, de produzir apostas de cuidados que vão para além dos territórios

estritamente de saúde, que reconheçam as redes rizomáticas dos diversos territórios de andar a vida, tal como ratificado no pedido de mediação por parte das duas usuárias, Bárbara e Maria, casos estudados na pesquisa, que demonstram que os serviços de saúde mental convivem com diferentes arranjos em rede. Ao se tomar como foco a micropolítica do processo de trabalho na produção do cuidado, percebe-se nessa experiência, o convívio de modos menos formais e burocráticos de ação e redes construídas em ato, pela força e liberdade do trabalho vivo, buscando cumprir o projeto terapêutico na sua singularidade. Estas últimas, as redes rizomáticas, têm se constituído no cotidiano das práticas das equipes de trabalhadores de saúde mental, conforme mostra o estudo, embora se possa identificar a presença das demais nesse território.

Vimos que as redes de Maria e Bárbara, não se restringiram a família e aos serviços de saúde e, aos poucos, a partir dos fragmentos recolhidos de suas histórias, foram reconhecidas outras conexões existenciais passíveis de serem incorporadas em seus projetos terapêuticos, para além daquelas já identificadas no serviço. Uma maneira interessante que ganhou visibilidade foi a importância da construção da função de mediadores/referências territoriais ao lado dessas duas pacientes. Essa função mediadora é uma tecnologia de cuidado capaz de produzir acesso. Qualificar a função de emprestar a contratualidade agregando a esta a função de mediador, diz da posição que podemos produzir muitas vezes acesso aos mais variados laços no social a partir das fontes apresentadas pelo usuário.

A pesquisa demonstra ainda diversidade de dispositivos de cuidado existentes na rede, o que possibilita a negociação de projetos terapêuticos menos medicalizantes, apesar de permanecer uma atenção especial dos trabalhadores quanto à centralidade da administração da medicação. Este é o paradoxo observado. Há uma grande mobilidade dos trabalhadores na rede, circulando entre vários e diversos equipamentos intersetoriais. Isto favorece as conexões e fluxos entre equipes na construção das linhas de cuidado.

Outro aspecto a ser destacado como efeitos de pesquisa, é a proximidade entre três dispositivos de saúde, em um mesmo complexo que reuniu CAPS III, uma unidade de pronto-atendimento (UPA) e uma Clínica da Família com onze equipes de Atenção Primária e uma Academia carioca. A proximidade do CAPS com serviços de mandatos e complexidades diferenciadas, porém complementares, significou uma experiência potente, apontada como facilitador do cuidado na medida em que favoreceu a interlocução entre as três unidades e a produção de uma 'rede interna', que se reproduziu para além dos muros do serviço. Por outro lado, é consenso que essa integração não se dá apenas pela proximidade.

Há uma dimensão do cuidado que passa pelo modo como nos encontramos e o que produzimos desse encontro.

A integração entre as três unidades, não só ampliou o cuidado compartilhado e integral extramuros como também proporcionou a retaguarda necessária à permanência de alguns casos no acolhimento do CAPS, sobretudo no que diz respeito às avaliações no período noturno, finais de semana e feriados, quando a equipe fica reduzida ao plantão de enfermagem e, a rede comunitária, como atenção primária e os outros CAPS e dispositivos estão fechados, contendo apenas a emergência como recurso. A facilidade na realização de exames e atendimentos emergenciais e de rotina, assim como a realização de curativos específicos e atendimentos de urgência na UPA às situações clínicas noturnas apresentadas pelos usuários durante o acolhimento, foi o que permitiu a continuidade dos mesmos nos leitos do próprio serviço, e como consequência, seguir sob os cuidados por sua equipe de referência, respeitando os vínculos territoriais e afetivos.

Muitas foram as situações em que chamamos os médicos da UPA e outros profissionais no CAPS, e outras tantas que fomos até lá, para avaliações de quadros clínicos agudos, como intoxicação por substâncias e infartos. Em um CAPS III, não é incomum que situações graves dessa ordem ocorram durante o período do acolhimento noturno. Devido à complexidade, risco e vulnerabilidade dos usuários que utilizam os leitos, estes podem sofrer eventuais descompensações do seu estado clínico, de difícil manobra e que demandem cuidados imediatos para além do ofertado no leito de retaguarda clínica no CAPS, sobretudo no período noturno, feriados e domingos em que o CAPS não conta com uma equipe ampliada. Estes leitos possuem a função de observação clínica e manejo de quadros leves a moderados, que não necessitem de atendimento médico imediato para estabilização do quadro. Casos urgentes que necessitem de remoção ou avaliação em UPA/Hospital, o serviço deverá providenciar o serviço de emergência e solicitar transporte para a remoção, como os pacientes avaliados pela unidade com urgências clínicas e decorrentes de causas externas, como traumatismos agudos, violências e suicídios, urgências cardiovasculares, urgências ginecológicas e obstétricas, urgências metabólicas, urgências respiratórias, dentre outras.

A porta aberta do CAPS possibilitou o acolhimento a situações de crises e de extrema vulnerabilidade, seja devido a algum rompimento com familiares ou com o território, evitando internações e reinternações de pacientes que, antes da existência desse serviço, tinham como única resposta para o sofrimento psíquico, a internação nos hospitais psiquiátricos da cidade ou os chamados “corretivos” do poder paralelo. Isso reforça a ideia

de que o CAPS III seja, de fato substitutivo ao hospital psiquiátrico. Isso porque a dinâmica desse dispositivo nos ensina a ampliar o conceito de crise, ou seja, a ideia do que seja crise para além do paciente estar agitado, quebrando tudo, vinculada apenas a manifestação sintomática, tais como delírios e alucinações e a agitação psicomotora. Questões relacionadas à dinâmica familiar e a circulação pelo território são também consideradas.

O CAPS III foi nos ensinando a ampliar o conceito de crise, assim como a sua atenção em todas as suas dimensões, a partir do espaço de convivência, bem como dos atendimentos no CAPS ou no território, através de ações intersetoriais. As diferentes ações continuadas às situações de crises devem fazer parte do projeto terapêutico do usuário dentro e fora do serviço. O CAPS situa-se, portanto como o protagonista na organização e no tecimento de uma rede para a execução desse cuidado, como dispositivo que dispara, organiza uma rede de assistência, para além do serviço e do uso do acolhimento/leito noturno.

O uso exclusivo do leito para o acompanhamento das crises reproduz a lógica manicomial, que prioriza o leito hospitalar e a internação como único recurso de cuidado. Embora haja inúmeras diferenças entre o acolhimento noturno no CAPS e a internação em leito de hospital psiquiátrico, como discutidas nesta pesquisa, é fundamental que os recursos pensados para o acompanhamento dessas situações, possam incluir ações para além dos espaços do CAPS. Entretanto, o fato de o paciente ir todos os dias ao serviço, não significa que ele esteja necessariamente institucionalizado. Dependendo da complexidade ou vulnerabilidade que apresente, pode demandar um cuidado/acolhimento mais intensivo no serviço, já que muitas vezes encontra-se tão fragilizado, não sendo possível voltar para casa, assim como, pode pedir para ficar no CAPS devido ao risco no território.

A questão da violência na comunidade como indicador de risco psicossocial que desorganiza e fragiliza o paciente, aparece como elemento diário de discussão e trabalho para a equipe neste CAPS, localizado em um território de histórico e contexto diário de guerras entre traficantes e policiais. Muitos foram os problemas sofridos com as represálias aos pacientes, quando se envolveram em situações que para as ‘Leis do Tráfico’ são consideradas “infração grave”, cabível de punição. Gritar pelos becos, sair pelada morro a fora sussurrando palavras desconexas, com xingamentos, agressões e cometer pequenos furtos, foram situações frequentes vividas pelos usuários, e mediadas pelas equipes do CAPS, da ESF e por vizinhos, que como efeito do trabalho, foram incluídos como parceiros do cuidado.

Vimos com isso que a violência associada aos transtornos mentais está associada a sua vulnerabilidade geral e a violência social e cultural, simbólica ou direta, da qual são

vítimas, devendo ser analisada como um problema de todos os componentes da rede social ou familiar do usuário, onde cairá por terra a ideia do “perigo para si e para outrem”, pois o que se encontrava em perigo e vulnerável era o próprio laço social dos atores envolvidos. Embora o conceito de vulnerabilidade nos remeta ao campo de fatores relacionados à probabilidade de uma pessoa ser vitimizada (sofrer violência), abusada sexualmente, intimidada, assediada ou explorada pelos outros, a pesquisa nos mostra que a vulnerabilidade da pessoa em sofrimento se estende também aos problemas relacionados ao suicídio, à autoagressão em geral, à negligência e autonegligência, bem como aos fenômenos relacionados ao preconceito, discriminação e processos de exclusão a que estão sujeitas. A vulnerabilidade, muito mais do que o conceito de risco, expressa com maior rigor o contexto básico da experiência histórica e social da pessoa que apresenta sofrimento mental em nossa sociedade, e, em particular nesse território, é característica importante de seus moradores e por isso, elemento de trabalho a ser considerado pelas equipes.

Desta maneira, trabalhar com um território marcado pela violência e vulnerabilidade, tornou a tarefa do cuidado territorial e comunitário ainda mais árduo, convocando as equipes a transpor as barreiras de acesso produzidas no cotidiano. Viver a ocupação e pacificação dessa comunidade – o Conjunto de Favelas do Alemão - conhecido mundialmente como o Complexo do Alemão, pelas forças especiais do BOPE, considerado o “Dia D”, trouxe novos desafios para o CAPS e para a Atenção Psicossocial, de criar estratégias de cuidado frente à uma situação produtora de tantas tensões e sofrimento para os moradores e trabalhadores da área.

A dimensão do trabalho que se colocou para o CAPS pela crise instalada no território devido a violência e cansaço dos profissionais da atenção primária que há tempos trabalhavam diariamente tentando mediar situações de intensos conflitos, levou a uma maior aproximação das equipes. Foi preciso cuidar das pessoas e trabalhadores que se viram afetados em seu cotidiano de trabalho e de vida por esses processos, por meio do acolhimento e rodas de conversas nas clínicas da família e nos espaços das associações de moradores e de alguns projetos sociais do complexo, como a Voz das Comunidades.

A base de acolhimento às crianças e seus familiares montada junto a clínica da família e o CAPS, integrando os dois serviços, é um exemplo desse trabalho, que funcionou como uma espécie de “Brigada de Atenção Psicossocial”, e fez parte do conjunto de estratégias da Secretaria de Saúde do Município, criadas para receber, acolher e cuidar das situações de sofrimento agudo que apresentavam como efeito da violência do território,

permitindo identificar situações importantes na primeira infância, como quadros de isolamento social, depressão, estresse pós-traumático, dentre outras.

Esse projeto de acolhimento a situação de crise no território, produziu acesso ao cuidado em saúde mental e cuidados de saúde pela APS e maior aproximação entre mães e seus filhos. Famílias que passaram a ter seu cadastro na clínica da família de sua área e pela primeira vez brincavam entre elas e dormiam lado a lado, após deitarem-se em meio as almofadas espalhadas pela tenda. Frases como: “Me senti tão protegida, que pela primeira vez pude deitar com meu filho e pegar no sono”, foi um dos tantos depoimentos de mães, moradoras do complexo, que reitera o lugar estratégico da Atenção Psicossocial e dos CAPS III no fortalecimento da lógica territorial/comunitária, produzindo expansão de territórios de vidas e conexões em seu entorno.

Além disso, foi possível observar que o CAPS III, diferente do hospital psiquiátrico, possibilita em sua estrutura uma ambiência mais adequada e acolhedora para o cuidado. Os profissionais consideram esse serviço como um espaço de trocas afetivas e de experiências, valorizando-o como um espaço de convivência e “lugar de vida”. Mais do que a noção de contato, a ideia expressa no cotidiano de trabalho evidencia um espaço que o paciente pode procurar em momentos de fragilidade e insegurança, nele podendo ficar “hospedado” e não internado. Afirma-se neste estudo que o CAPS III é um lugar acolhedor, propício para a convivência, para as trocas afetivas e de experiências, facilitando e ampliando as relações com a comunidade, aproximando-se da noção apresentada por Campos (1994), que considera que o acolhimento não é apenas receber bem, mas passa pela estrutura adequada e agradável da unidade, pelo acesso geográfico, pelo atendimento humanizado e pela resolutividade dos problemas. O acolhimento deve estar relacionado a uma visão mais ampla, voltado ao serviço como um todo, como uma postura ética. Essa experiência demonstra que o acesso e o acolhimento estão imbricados, onde o desenho do serviço potencializa o acesso, e a tomada de responsabilidade pelos casos, como afirmam Schmidt e Figueiredo (2009).

O modo como o serviço foi pensado estruturalmente, interferiu na forma de se acolher as crises. Desta forma, como efeito da falta de estrutura física adequada que favorecesse essa lógica, espaços modulares como os de um contêiner previstos para o funcionamento do CAPS, foram reorganizados e transformados em lugares para o acolhimento ampliado e integral dos usuários, incluindo as variadas expressões subjetivas relacionadas aos riscos e vulnerabilidades a que estavam expostos, o que favoreceu as relações pautadas no respeito as diferenças e no exercício da cidadania.

A violência urbana nesse território representou o maior produtor de barreira de acesso ao cuidado, na medida em que, nos momentos de maior tensão, as equipes ficaram impedidas de circularem pela comunidade, com efeitos nas visitas domiciliares e acompanhamento as crises em domicílio. O CAPS se presentificava através das interlocuções com os parceiros locais, como associação de moradores, familiares, amigos, vizinhos, comerciantes, projetos sociais, ACS das clínicas da família, dentre tantos outros, que davam continuidade ao acompanhamento dos usuários no próprio território, seja pela administração da medicação ou mediação de situações de crise ou de vulnerabilidade com a comunidade e/ou familiares, nos acionando para o cuidado no território e no CAPS.

Em meio a complexidade do “Complexo”, fazer rede foi o que permitiu a abertura do serviço para a comunidade. Rede no território incluiu preparar o terreno para a continuidade do cuidado sobretudo para os momentos em que os parceiros formais fecham. É preciso abrir portas e contar com quem permanece no território à noite, no final de semana e nos feriados como o CAPS III. É importante ressaltar que uma rede informal quando disparada como recurso ao cuidado, potencializa o acompanhamento comunitário do usuário, prescindindo da internação.

Rede Informal nesse trabalho foi considerada como tudo aquilo que complementa, integra as redes de cuidado formais do usuário e pode ser usado como ferramenta potente a atenção psicossocial. Contar prioritariamente com os recursos do próprio território do paciente possibilita um maior acompanhamento do caso, mas este é que deve guiar quais recursos deverão compor seu projeto terapêutico. Essas redes compreendem tudo o que faz parte do cotidiano de vida do usuário, como o bar da esquina de sua casa, a padaria que compra pão, o barbeiro ou salão que frequenta, a igreja, o amigo, a família, dentre outros. Para muitos pacientes acompanhados pelo CAPS, contar com uma rede informal foi o que tornou possível o cuidado no território, prescindindo na maioria das vezes, do acolhimento noturno. Nesse território, essas redes foram potentes e complementares às ferramentas e instrumentos formais como os próprios leitos no CAPS III, como visto no caso de Bárbara, cuja territorialização do cuidado foi sendo fortalecida através dos parceiros na comunidade, que aos poucos foram reconhecendo sua importância nessa rede, como vizinhos e amigos.

Outro aspecto que contribuiu para a continuidade do cuidado no território, foi a contratação, na implantação do serviço, de profissionais que preferencialmente fossem moradores ou com alguma relação com o território local, ou seja, utilizando-se não do critério de experiência em saúde mental, mas sim de morador da comunidade e com passagem pela Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária, agregando à equipe

profissionais que estavam mais próximos da cultura local. Isso não só ajudou no acolhimento dos casos, como foi fundamental para o acompanhamento e cuidado territorial, através das constantes mediações na comunidade e articulações que foram produzindo pares, em meio a um território até então arisco e resistente a qualquer expressão de sofrimento mental. Na condição de moradores da área, esses profissionais convivem no cotidiano com a comunidade, participam dos problemas estruturais relacionados a saúde, habitação, violência, dentre outros, o que facilita a circulação e o papel de mediadores entre o serviço e o território.

Como efeito dessa estratégia, vimos o quanto a disponibilidade para o cuidado e intermediações no território, de uma profissional (copeira) moradora de uma das comunidades do complexo, torna-se fundamental quando frequentemente é acionada no período noturno e finais de semana em sua casa por uma paciente, em momentos de maior vulnerabilidade ou risco no território, a reconhecendo como parceira importante para o seu cuidado. Esse fato também ressalta que nem sempre a pessoa que presta cuidados precisa ter uma formação técnica. Se entendermos que a experiência de vida, os valores culturais e o saber popular constituem também uma forma de conhecimento, poderemos valorizar esses cuidadores que se encontram fora da rede formal de saúde.

Esses pontos reforçam a ideia de que para lidar frequentemente com situações tão complexas, como as vividas neste território com conflitos diários, aspectos como integração em rede e atuação no território, devem fazer parte do arcabouço vivencial de uma equipe de CAPS. Tratando-se de um CAPS III, essas ações se ampliam pela possibilidade de tecer essa rede nas 24 horas do dia. Além disso, as crises são complexas e multidimensionais, exigem respostas do mesmo nível. Assim, reforçamos a diretriz de que a crise deva ser abordada em rede, no seu território, por equipes, serviços e estratégias diversas que constituem a Rede de Atenção Psicossocial.

Entretanto, para o desenvolvimento de um cuidado com base territorial, foi imprescindível neste cenário, a integração com as Clínicas da Família e seus profissionais ACS, sendo critério básico para o trabalho no território do Alemão, assim como articulações intersetoriais buscando parcerias e recursos na comunidade que potencializassem essas ações, além de favorecer a integração com projetos sociais e setores afins, voltados para o cuidado e promoção da saúde.

Ter como diretriz a presença do ACS para o trabalho do CAPS no território, se definiu pelo fato desses profissionais serem reconhecidos como agentes fundamentais para o estabelecimento das parcerias intersetoriais, tanto por realizarem a divulgação das ações

comunitárias desenvolvidas, quanto por conhecerem a comunidade na qual atuam, com bastante potencial para identificarem as necessidades e as principais demandas da população. O ACS, como principal elo de ligação entre a unidade de saúde e a população, é ator importante da ação comunitária. É o agente facilitador para a identificação de problemas coletivos e para a mobilização comunitária.

Nessa experiência, o trabalho de articulação em rede foi fomentado desde a interlocução com as equipes da Saúde da Família (ESF), com os pontos de atenção às urgências e emergências da área (saúde mental e clínica), e aos pontos da rede intersetorial, como UPP, justiça, assistência social, educação, habitação, dentre outros, bem como, com a rede informal como estratégias comunitárias de produção de condições de vida saudável, ou seja, tudo aquilo que faz parte do cotidiano da vida do usuário. “As parcerias e as redes de suporte social têm sido maneiras pelas quais se procura construir outro destino social para o louco que não a internação ou o abandono.” (Silva, 2005)

Para alguns casos, o protagonismo do CAPS como articulador da rede, pôde se configurar como fundamental, apontando especificidades do trabalho em um CAPS III, que oferece ferramentas potentes de sustentação de situações complexas e com alto grau de vulnerabilidade, como nas crises dos usuários. Muitas foram as situações em que o CAPS foi o disparador de uma rede de cuidados junto aos recursos do território, prescindindo do hospital psiquiátrico, como vimos no caso de uma paciente acompanhada pelo serviço e pela Clínica da Família, moradora do Complexo do Alemão, que apesar da grande e potente rede que se formou para além dos muros dos serviços para o seu acompanhamento, tem o CAPS como o principal ator que faz o tecimento diário dessa rede, não deixando que se rompa em momentos de maior fragilidade e crise, quando por exemplo, bate em uma senhora na entrada da clínica da família, mãe de um rapaz pertencente ao tráfico de drogas local, e é ameaçada de morte se for vista circulando pelo território. É uma situação que fragiliza todos os envolvidos e pode fragmentar ou romper o cuidado de base territorial, com riscos a tomadas de decisões reduzidas ao isolamento e exclusão social. É fundamental nesse caso, que a rede funcione de forma integral, articulada e contínua.

Vimos com isso que o processo de tecer a rede nas 24 horas é que configura o CAPS III, o que significa que os dispositivos de saúde mental precisam se articular e produzir iniciativas colaborativas com as diversas redes, tanto no âmbito político como na organização do cuidado, havendo um conjunto de ações que devem ser agrupadas no

cotidiano de trabalho das equipes, dentre elas destaca-se o apoio matricial em saúde mental às equipes da Atenção Básica.

Nesse contexto, o matriciamento compôs um conjunto amplo de estratégias e recursos utilizados pela equipe do CAPS III estudado para o acompanhamento dos usuários, especialmente no cuidado às crises, mostrando sua relevância para a construção de uma atenção psicossocial para essas situações, respondendo às exigências da lógica territorial e garantindo o desenvolvimento de ações integrais em saúde. A participação dos ACS foi essencial para a organização dessa tarefa. Eles traziam os casos da comunidade, discutiam e procuravam soluções para as dificuldades, compartilhando o conhecimento que têm das necessidades dos usuários e do contexto das famílias pelas quais são responsáveis.

Entretanto, no início do trabalho, os encaminhamentos recebidos no CAPS, foram caracterizados pela equipe como “indevidos”, “inadequados”, “com poucos dados”, considerando que “faltavam critérios” e que havia um “desconhecimento do CAPS III” por parte dos profissionais que encaminhavam. Situações como “a pessoa chorou” encaminha para o psicólogo ou gritou mais alto encaminha para o psiquiatra, foram situações comuns, não havendo um objetivo concreto do que devia ser encaminhado ao CAPS e do que podia ser cuidado pela APS através das ações de matriciamento. Essa indefinição em relação aos casos encaminhados constituiu uma “demanda voraz” na abertura do CAPS, que inicialmente, passou a receber os casos ditos leves trazidos pelos ACS, o que cortava o acesso aos casos graves.

Nesse processo, foram elucidadas dificuldades dos profissionais das equipes matriciadas no que se refere à atenção em saúde mental, principalmente na abordagem dos casos que envolvessem práticas que exigem mais que o saber biomédico, o que foi associado a falta de conhecimento e insuficiência na formação. Foi possível observar, que em geral os profissionais de saúde estão afastados do que é subjetivo, do que é da vivência do usuário, por estarem demais remetidos aos saberes científicos hegemônicos. As ações desenvolvidas ainda estavam vinculadas ao modelo biomédico, acarretando uma série de posturas inadequadas, como práticas discriminatórias e preconceituosas com relação a pessoas com sofrimento psíquico, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, e até mesmo infantilizadoras.

Nessa perspectiva, o apoio matricial realizado pelo CAPS às vinte equipes da ESF de sua área de abrangência, com frequência e regularidade, representou um dos principais arranjos instituídos pela equipe a produção do acesso e acolhimento ao cuidado em saúde mental nesse território, possibilitando junto a outros recursos, a continuidade da atenção nas

24 horas do dia. As equipes se encontravam semanalmente em reuniões regulares nas clínicas da família e no CAPS, que se desdobravam em sua maioria, em ações territoriais e conjuntas, como atendimentos aos usuários e visitas domiciliares, diminuindo os encaminhamentos equivocados ao CAPS e pedidos de repetição de receita, ampliando o número de pacientes acompanhados pela atenção primária.

Desta forma, se a violência representou uma das principais barreiras ao tratamento, o matriciamento possibilitou a abertura de campo necessária ao cuidado e promoção de saúde aonde vivem as pessoas, com a desmistificação dos saberes e práticas, qualificação da AP para o manejo e cuidado dos casos de saúde mental pela própria clínica e na comunidade e, a produção de redes à continuidade e territorialização do cuidado, reafirmando que a presença do CAPS III de forma contínua no acompanhamento dos seus usuários, em todos os dias da semana, se deu por meio das redes construídas no território a partir do matriciamento em saúde mental às equipes de atenção primária, o que ampliou o acesso e o acolhimento tão importantes para os que estavam atrás dos muros impostos pela violência. Desta maneira, o estudo reforça a necessidade de se avaliar os serviços de saúde mental, na perspectiva dos arranjos de trabalho existentes, no âmbito da sua micropolítica.

Entretanto, os desafios postos ao CAPS III são inúmeros. Dentre os principais, podemos enumerar: O perigo da judicialização dos leitos, ou seja, a judicialização do acolhimento em CAPS III, quando há a determinação pela justiça de internação de usuários no CAPS, desconfigurando o mandato desses serviços; o risco da manicomialização das práticas, com normas e regras rígidas, sem respeito a individualidade e a toda expressão de sofrimento, reproduzindo a instituição total; o cuidado compartilhado em rede e não engessado ou reduzido em práticas internas ao serviço ou ambulatoriais; o gerenciamento de uma equipe ampliada e mista, com diversas formações e pré-conceitos; trabalhar nas 24hs do dia com os elementos do território e garantir o acompanhamento dos usuários em todos os dias da semana, dentre outros.

Verificamos nesse estudo que o grande desafio do trabalho está em, sobretudo, acompanhar a trajetória de vida das pessoas e seu percurso na rede viva. Os conflitos diários na comunidade e as frequentes mudanças nas equipes de saúde da família, foram interferindo no trabalho compartilhado, no território. Porém, havia recursos no recorte temporal, contávamos com recursos humanos não somente na quantidade, como principalmente, com a disponibilidade dos profissionais para pôr em prática um trabalho que tomasse como direção, o território e as redes do usuário.

Assim, a disponibilidade das equipes de estarem completamente imersas no território, tanto geográfico - atravessado por inúmeras questões de violência e vulnerabilidades - tanto quanto existencial do sujeito, seu percurso e histórias de vida, destacou-se como um dos fatores determinantes para a construção de um efetivo acompanhamento. Reforçamos com isso que foi a partir das redes constituídas no território, que incluiu tanto os dispositivos do Estado que compõem a rede formal - como justiça, educação, assistência social e a própria Saúde - quanto as redes informais, como o comerciante local, o vizinho, a rádio da comunidade, o motorista da van, o mototáxi, essas acionadas considerando as conexões existenciais do sujeito, que se ampliou o acesso, o acolhimento e o acompanhamento do usuários.

Essas redes informais por sua vez, foram se dando pelas interlocuções criadas a partir dos recursos próprios da comunidade e do usuário, ultrapassando as instituições formais do estado, que vão se formando por meio das conexões existenciais realizadas pelos usuários e ampliando o cuidado territorial. Agregar essas redes na micropolítica do cuidar, qualifica a assistência em liberdade e produz acesso.

O tamanho da equipe (uma equipe de CAPS III precisa ter em média cinquenta profissionais, entre técnicos e administrativos e apoio), aliado ao fato dos profissionais terem os mesmos horários de trabalho e regime de contratação, contribuiu para a formação de um coletivo de trabalhadores, levando, entre outras consequências, a gestão compartilhada do cuidado. O modo de organização das escalas/turnos de trabalho dos profissionais, em dias fixos na unidade, não seguindo a lógica das escalas hospitalares padronizadas em equipe do dia e equipe da noite, distribuídos em dias corridos, de saída favoreceu um cuidado mais colaborativo entre as equipes, na medida em que todas as categorias profissionais puderam ser inseridas nas atividades cotidianas de um CAPS III, com destaque para o matriciamento e trabalho territorial. Nessa configuração, os profissionais tiveram seus dias e horários fixados durante a semana, e no caso da enfermagem, em plantões diurnos e noturnos, de modo que todos trabalhassem no CAPS em todos os turnos de funcionamento, favorecendo a construção de vínculos e a continuidade das ações.

Entretanto, é preciso administrar diariamente a composição dessas escalas de modo que seja garantido o intervalo de descanso previsto em lei para os plantonistas, e os eventuais problemas com faltas ou pedidos de trocas de plantão justificados pelos profissionais pela carga horária de 40 horas e por sua distribuição em três dias e meio na semana, o que referem causar exaustão e dificuldades para administrar outros empregos. Essa experiência aponta para o rodízio ou trocas de plantões, como um dos principais problemas do gerenciamento

das escalas para a continuidade do cuidado e manutenção das atividades. Um enfermeiro matriciador, por exemplo, quando solicita a troca do dia de trabalho, pode comprometer seu turno de matriciamento à APS, tornando-se necessário uma gestão fina desse processo, para que não haja interrupção da atividade e consequências para a clínica e para o cotidiano do CAPS.

Isso quer dizer que não se trata apenas da quantidade de profissionais, mas está relacionado a forma como estes estão organizados para o cuidado, assim como não é simplesmente a ferramenta do matriciamento que possibilita um maior trabalho territorial e integrado, mas sim como essa ferramenta é utilizada pelos trabalhadores. Pelo exercício do matriciamento, a lógica territorial, extramuros, tensiona e se impõe à tradicional da assistência, intramuros, ambulatorial, pautada nos especialismos. O matriciamento assim, inscrito na lógica territorial, tem um grande potencial de atuar como uma estratégia articuladora de rede. Quando adequadamente implantado, ajuda na articulação da rede de serviços de saúde e na integração entre as equipes de saúde mental e da ESF. Isto tem grande relevância para a não centralização do CAPS em si mesmo, pelo risco da não abertura ao território, fragilidade reconhecida em cenário nacional referente ao trabalho que esses dispositivos vêm desenvolvendo, apresentando dificuldades para organizarem as demandas e se articularem efetivamente com os recursos da comunidade.

A ferramenta do matriciamento, realizada de maneira frequente e regular nos mostra que é possível constatar como o CAPS no papel de matriciador assume seu protagonismo para a construção deste processo. O trabalho vivo, em ato, da construção permanente da lógica do apoio matricial, dá condições para a existência do cuidado em saúde mental ‘do lado de fora’, sustentado pela disponibilidade das equipes em construir, a cada dia, num território de tantas tensões e desafios, o acesso ao cuidado em saúde mental.

No Complexo do Alemão foi fundamental estabelecer uma relação próxima as equipes da Saúde da Família que garantisse o cuidado contínuo em liberdade. O matriciamento ampliou os braços do CAPS no território e na articulação de redes. A composição do trabalho dos profissionais em escalas de dias fixos durante a semana, contribuiu para esse arranjo e conseqüentemente para o acompanhamento dos casos, para a conexão entre as equipes e a ampliação e qualificação das ações de cuidado no terceiro turno de funcionamento do serviço (17h às 21h). O trabalho assim não fica fragmentado, segmentado e apenas compartilhado por alguns profissionais, podendo ser realizado por todos da equipe. Entretanto, a inserção do matriciamento no processo de trabalho da Saúde da Família, ainda se apresenta como um desafio para ambas as equipes, que precisam pensar

em uma organização de suas atividades de modo a produzir a integração contínua entre os dois serviços – CAPS III e ESF, não havendo descontinuidade no processo.

A organização de um terceiro turno no CAPS, composto por equipe multidisciplinar, foi primordial para atendimentos a familiares que só conseguiam ir ao serviço após o trabalho, para atendimentos iniciais de pacientes com dificuldades de sair de casa durante o dia, acolhimentos a situações de crise e/ou vulnerabilidades que com frequência eram encaminhadas para a emergência e, para a extensão do acolhimento sem o uso do leito ou pernoite no CAPS. Esse turno, era utilizado pelos profissionais de referência como mais um recurso aos atendimentos/acompanhamentos regulares desses casos, assim como, para discussão com a equipe de enfermagem dos usuários em acolhimento, para a continuidade do acompanhamento nas 12 horas noturnas.

Porém advertido, trabalhar com uma equipe ampliada com várias categorias profissionais e vários saberes requer manejo e apresenta desafios para a gestão, de dar conta de várias compreensões de sujeito, do sofrimento e do que é existencial. O estudo identificou que a constituição de uma integralidade efetiva entre os diversos profissionais da equipe e entre os diferentes plantões e a organização de espaços sistemáticos para construção e reavaliação dos projetos entre todos os membros da equipe e ainda, registros mais rigorosos das intervenções destes profissionais nos prontuários para facilitar a circulação das informações entre todos, estão entre os principais desafios enfrentados para o acompanhamento dos casos. A falta de integração com os trabalhadores do noturno pode acarretar prejuízos no cuidado cotidiano e no processo de construção dos projetos terapêuticos desses usuários. Em um CAPS III, os profissionais lidam diariamente com pacientes graves em crise, e precisam saber detalhes sobre sua história e seu projeto terapêutico. Para isso, se não estiverem bem conectados com as ferramentas de articulação das informações do caso, podem permanecer presos a intervenções mais mecânicas como somente oferecer a janta, administrar a medicação e prevenir fugas, ações semelhantes às do manicômio.

É importante sugerir que os trabalhadores possam construir coletivamente a possibilidade de espaços de diálogo, pois, desta forma, facilita que mais do que um agrupamento de pessoas, se constituam efetivamente em uma equipe com trabalhos integrados. Com isso, a construção contínua dos projetos terapêuticos pode ser mais compartilhada, contribuindo para a invenção de uma nova representação do cuidado, que ofereça ações individualizadas e criativas nas situações de crise e vulnerabilidade.

Verificamos que os encontros da equipe em diversas reuniões internas e externas, favoreceram a construção coletiva dos projetos terapêuticos dos usuários e o compartilhamento por todos. As reuniões de início e final de turnos reúnem os profissionais do dia para discussão dos casos atendidos de primeira vez, os que permanecem em acolhimento nos leitos do CAPS, mudanças nos projetos terapêuticos, informes sobre os usuários, programação de visitas domiciliares e da dinâmica/projetos do dia, entre outros. Além desses encontros diários, as reuniões semanais com toda a equipe do CAPS, para supervisão clínico/institucional, é fundamental para a construção do trabalho e deve contar com todos os profissionais que fazem parte do cotidiano do serviço, como a equipe de apoio, administrativos, copeiras, vigilantes e equipe de limpeza. Essa experiência pode ser considerada um ponto crucial do trabalho deste CAPS III.

Os seminários clínicos internos organizados anualmente, também contribuíram para isso e além de capacitar e promover a discussão dos processos de trabalho e sua organização, cumpriram o objetivo de integrar os diversos profissionais e plantões, distribuídos em diferentes atividades e dias de trabalho. Aos sábados, o funcionamento do CAPS no período diurno com uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de outras categorias além da enfermagem, como médicos, psicólogos e oficinairos, ampliou a atenção psicossocial nas 24 horas do dia, com atendimentos, oficinas e atividades internas e externas, como passeios e reuniões na comunidade e participação em eventos do território integradas às ações de promoção de saúde da atenção primária e, sobretudo, proporcionando o acolhimento às situações agudas ou de risco vivenciadas pelos usuários nos finais de semana.

No período noturno, assim como aos domingos e feriados, permanecia na unidade uma equipe de apoio em menor número, exclusivamente composta por profissionais de enfermagem, o que reduzia as ações/atividades e a circulação pelo território, ficando o cuidado voltado para os usuários em crise e/ou que estavam em observação nos leitos disponíveis para hospitalidade noturna. Isso é uma fragilidade para o trabalho em CAPS III e para a ferramenta do acolhimento noturno. A inserção exclusiva dessa categoria para esses períodos é um paradoxo com efeitos na clínica e um desafio que se coloca para a gestão.

No momento da pesquisa, os plantões noturnos eram compostos por dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro para o acompanhamento dos leitos de acolhimento (total de seis) e dos usuários que chegassem ao CAPS durante a noite. Esse quantitativo mostrou-se adequado à demanda até o momento do estudo, sendo necessário revê-lo na medida em que há o aumento dos casos e complexidade/vulnerabilidade dos usuários. Cumpre destacar que a inclusão e participação dessa categoria profissional nas atividades e reuniões que integram

o cotidiano do CAPS e da atenção psicossocial, é crucial para a continuidade e compartilhamento do cuidado, sobretudo para que o acompanhamento dos pacientes não fiquem reduzidos à algumas categorias profissionais e as informações sobre os mesmos não sejam transmitidas apenas por meio dos livros de registro dos plantões, repetindo a lógica hospitalocêntrica.

Porém, apesar dos múltiplos espaços de discussão, observamos que os trabalhadores queixam-se de uma quebra do trabalho entre os plantões diurnos e noturnos e, entre categorias como equipe de enfermagem e equipe técnica, entendendo que a possibilidade de diálogo entre os profissionais dos diferentes plantões e categorias, pode contribuir para a composição de ações mais convergentes, já que, frente a complexidade dos casos atendidos no CAPS, a mera justaposição de diferentes profissionais, muitas vezes com ações divergentes, pode não garantir a continuidade da atenção. É fundamental que os profissionais tenham, em seu processo de trabalho, espaços de conversa cada vez mais sistemáticos sobre os projetos terapêuticos e a história de vida dos usuários, de modo que fiquem mais à vontade para transitar além de suas especificidades profissionais, avançando numa prática menos compartimentada e mais compartilhada e inventiva. Entretanto, é necessário que estejamos atentos a esse processo de trabalho como um todo, para que, diante dessas inquietações, a equipe noturna não fique sem um espaço de troca e permaneçam alienados ao processo de intervenção junto aos usuários.

Em um CAPS III, as funções destes trabalhadores não devem permanecer as mesmas que nos hospitais psiquiátricos, onde se cuida basicamente da ordem institucional e da intervenção medicamentosa. Devem acompanhar as idas e vindas frequentes dos usuários pelo território de modo compartilhado, envolvendo um conjunto de pessoas, lugares e instituições na busca do cuidado na comunidade, consolidando uma rede intersetorial com capacidade para se acionar mutuamente.

Desta maneira, como efeito de pesquisa, esse dispositivo, com seus recursos, tem se mostrado potente no cuidado das situações de crise dos usuários, e sua presença vem motivando a construção de uma “clínica antimanicomial” nesse território, que propõe o *Acompanhamento* como eixo fundamental de suas práticas, enfatizando o cuidado no contexto da cidade. A organização do serviço com funcionamento 24 horas e os arranjos institucionais, como apoio matricial junto à ESF, articulação com os pontos de Urgência e Emergência da área, proximidade com demais CAPS e dispositivos de saúde do território, integração com a rede local informal, assim como a porta aberta para o acolhimento diurno e noturno, se apresentam como o caminho estratégico para o acompanhamento das crises e

situações de risco e/ou vulnerabilidades e a tomada de responsabilidade integral e contínua pelo cuidado no território, afirmando que o CAPS III faz diferença na rede em relação aos objetivos da reforma.

Portanto, se por um lado a disponibilidade dos leitos de Acolhimento à crise, implicam em um funcionamento do serviço nas 24 horas e no convite à manutenção do usuário por um tempo maior no interior do serviço (se comparado ao CAPS II), por outro, ela convoca a responsabilização do CAPS por um cuidado que prescindia do manicômio, o que mostrou a necessidade de compreender a crise não apenas como uma inadequação comportamental, mas como um dado relacional, que deve ser mediado levando em consideração, prioritariamente, o contexto comunitário como recurso.

O CAPS III promoveu um cuidado a crise de maneira ampliada e integral. A crise nos serviços substitutivos provoca a instituição a “colocar-se em crise”: Não há respostas prontas e certas, é necessário que o serviço crie respostas singulares a cada demanda que surge. Além da disponibilidade de um acolhimento imediato e flexível do sujeito em crise, a presença física dos trabalhadores no território, fazendo a mediação da crise no lugar de vida desses sujeitos, possibilitou o redimensionamento da “periculosidade do doente mental”, permitindo a este, outras modalidades de expressão e as pessoas de seu contexto social uma outra compreensão.

Aos trabalhadores, no lugar de agentes sociais, coube mediar a tensão que se revelou com a circulação desses sujeitos no território, antes “pacientes” ou “doentes mentais”, pessoas sem rosto ou história, ou reconhecidos como os “loucos do morro” ou “bagulhão”, passaram a circular pelos mesmos espaços de todos. Por outro lado, esse processo de desmistificação da loucura e do estigma da periculosidade, continua sendo um grande desafio para esses dispositivos, onde é necessária uma transformação cultural, uma mudança de valores e quebra de preconceitos, para que a diversidade seja tolerada. Na medida em que, o dispositivo que acolhe a crise é o mesmo que dá continuidade ao cuidado, ele se impõe ao desafio de viabilizar modos de vida menos vulneráveis, respeitando as diferenças, e isso se apresenta de modo imperativo para um CAPS III.

Desta forma, quando os recursos disponíveis são manejados de modo orientado ao usuário, são asseguradas as condições de acesso a quem demanda. Pois, muito além dos itinerários terapêuticos e projetos terapêuticos, das ofertas instituídas, as redes de cuidado em saúde precisam ser construídas para cada situação, acompanhando o movimento de cada usuário e seus próprios recursos. Para tanto, reafirma-se que a construção de redes formais e informais no território foram fundamentais para o acompanhamento das crises, a partir do

que os usuários foram indicando como potencialidade e tecnologia de cuidado. O CAPS III ocupou um lugar estratégico como substitutivo ao hospital psiquiátrico, produzindo mudanças na comunidade ao que se refere a mentalidade de cuidado, portanto, psicossociais e assim, reorientando o modelo assistencial ofertado.

A corresponsabilização enquanto um dos benefícios do trabalho intersetorial, foi afirmada como estratégia para a produção ampliada de saúde e qualificação da rede, e a intersetorialidade como eixo central das ações em saúde mental, possibilitou que recursos e dispositivos locais fossem potencializados para as práticas de um cuidado mais humanizado e pautado na garantia de direitos.

Por fim, entende-se que o estudo ora apresentado contribui para um posicionamento cada vez mais efetivo sobre a constituição das redes como elemento prioritário para a consolidação de uma atenção em saúde mental, mesmo em territórios dos quais os próprios CAPS III ainda não fazem parte. A rede então assume a centralidade do cuidado, possibilitando que os recursos e dispositivos locais sejam potencializados ainda que um ou outro serviço falte a esse agenciamento.

Importante destacar que esse trabalho em rede também precisa de uma gestão política e técnica muito bem construída e pactuada, que oriente e organize o seu trabalho em todos os níveis, que discuta diretrizes e orientações capazes de contribuir para que todos os profissionais e pontos de atenção, sejam eles formais ou informais, produzam um cuidado efetivo, colaborativo, multiprofissional e interdisciplinar de qualidade. Dessa forma, consideramos radicalmente a perspectiva do usuário como sujeito e protagonista de seu projeto terapêutico num ambiente de cidadania, controle social e humanização do campo da saúde.

Vale salientar que o estudo realizado foi feito a partir de um recorte histórico das estratégias adotadas durante o período de 2010 a 2013, tempo da minha gestão no serviço, o que traz como limitação o fato de o momento atual do CAPS, não ter sido contemplado neste estudo. Associado a isso, a função de diretora que ocupei no contexto da implantação, tanto me instrumentalizou para trazer detalhes do desafio de gerir o dispositivo explorado neste trabalho, quanto pode ter comprometido a minha avaliação na medida em que estive envolvida afetiva e profissionalmente com a narrativa aqui descrita.

Por outro lado, a experiência de ter implantado e vivido esses processos durante três anos, foram fundamentais não só para o território aonde o CAPS foi inserido, mas sobretudo para o trabalho junto a gestão da rede de saúde mental do município do RJ como

coordenadora de RAPS na Zona Oeste da cidade, que aponta dificuldades dos CAPS para o acompanhamento contínuo e compartilhado das crises no território, ainda fazendo uso dos leitos psiquiátricos, embora venham reduzindo-o progressivamente, construindo em processos distintos, redes capazes de acolher as crises nos mais diversos territórios e dispositivos, com ênfase no uso dos leitos em CAPS III e leitos de saúde mental em hospital geral. Acredito que a ampliação dos CAPS III na cidade, que já está no cronograma da SMS/RJ/SSM, poderá ajudar nesse processo e dar novos rumos para a Atenção Psicossocial no município.

Aponto como resposta à necessidade de tornar cada vez mais conscientes esses processos estudados nesta pesquisa, a realização de estudos com mais CAPS III voltados para a construção de redes intersetoriais, pois nessas realidades elas se apresentaram de grande importância para a construção do cuidado em liberdade.

Neste sentido, compreendemos que o presente estudo trilhou um longo e reflexivo caminho, mas que há ainda muito a ser percorrido. Não intencionamos esgotar aqui o aprendizado, tampouco as reflexões. Ensejamos que o que estudamos até aqui amplie o banco de pesquisas sobre a temática, instigue novos estudos e contribua para que os CAPS III efetivamente consigam levar os profissionais a vivenciarem uma nova práxis e a desenvolverem novas formas de cuidar. A pretensão é a ideia que os CAPS não sejam mais serviços voltados exclusivamente ou fundamentalmente para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e que funcione como um clube ou espaço de convivência do acompanhamento dessas pessoas, como um lugar aonde são excluídos da cidade. Mas que tenhamos um papel ativo dentro da rede de saúde para lidar com o sofrimento psíquico agudo. Esse desenho fica claro quando observamos atualmente um número crescente de tentativas de suicídio, e percebemos o grau de desarticulação que ainda temos com a rede, que não tem lugar para subjetividade. A lógica da atenção primária é cartesiana, ordenada em um modelo que não tem abertura para a subjetividade. Esse espaço de valorização do subjetivo, deve ser construído pelo campo da atenção psicossocial. Precisamos entender e acolher a gravidade e atuar junto no circuito e ter papel ativo nesse cuidado.

A percepção do CAPS como serviço de atenção primária que precisaria intervir no evento de maior conflito e violência urbana sofrida no Complexo do Alemão com a invasão/pacificação pelas forças especiais do BOPE, assim como na chacina em uma escola da zona oeste da cidade no ano de 2011, conhecida como o “Massacre de Realengo” e, em

eventos trágicos de desabamento de um prédio, como o ocorrido em MUZEMA, também na zona oeste do RJ em 2019, ressignifica o trabalho e nos mostra que temos um papel importante de montar “Brigadas” de Atenção Psicossocial em desastres e situações que produzam intensa vulnerabilidade dos usuários e conseqüentemente, sofrimento agudo na população desses territórios. Isso passa a ser uma nova convocação para a saúde mental, que precisa responder à altura dos problemas da cidade. Significa que o CAPS precisa mudar e estar aonde a comunidade necessita, sendo um dispositivo imprescindível para o cuidado as crises em rede. Esse deve ser o ponto crucial do trabalho. Ou a gente reinventa o lugar dos CAPS, ou eles deixarão de ser imprescindíveis.

Neste sentido, os Centros de Atenção Psicossocial lançam-se em novos desafios, de repensar a função do território, crise e cuidado, (re)afirmando os CAPS nas Redes de Atenção à Saúde como dispositivos estratégicos e essenciais na nova conjuntura social para pessoas em sofrimento psíquico.

No momento em que estamos vivendo em um cenário em que os 30 anos de acúmulo de uma experiência com a Reforma Psiquiátrica está sendo colocada em risco, dentro da nova proposta apresentada pelo novo governo de recolocar o hospital psiquiátrico no centro do tratamento, torna-se urgente discutirmos as práticas de cuidado nos CAPS III, para mostrar sua efetividade como dispositivo estratégico para o acompanhamento em saúde mental, e que deve estar no centro do cuidado. Caso contrário, isso implicará no retrocesso de um modelo fracassado e condenado no século passado e será um atraso incomensurável para a atenção em saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. S., 2009. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO R. & MATTOS, R. A., orgs Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde, Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO

AMARANTE, P. & TORRE, E. H. G., 2001. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate, v. 25, n. 58: 26-34.

BARRETO AP. Terapia Comunitária: passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

BRASIL, 2004. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

BRASIL, 2004. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.

BRASIL, 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do SUS. Publicada no DOU de 31/12/2010, Seção I, Página 89. Brasília, DF, 2010c.

BRASIL, 2010. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2010 com álcool, sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL, 2011. PORTARIA Nº 3.088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 26 dez.

CAMPOS. G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, V.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, R.O. et al. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2013.

_____. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev. Saúde Pública, São Paulo, V. 43, supl. 1, p. 16-22, Aug. 2009.

CAMPOS, R.T.& BACCARI, I.P. Intersubjetividade no cuidado à saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de atenção Psicossocial. Ciência. Saúde Coletiva, V. 16, n.4, p. 2051-2058, 2011.

CAVALCANTI MT et al. Adaptação da “Critical Time Intervention” para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4635-4642, 2011.

_____ Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ, *Rev. Saúde Pública*, v.43, Supl. 1, p. 23-8, 2009.

CECILIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado, 2009.

COSTA, I. I. & MINOZZO, F. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF, Itatiba*, v. 18, n. 1, p. 151-160, abril, 2013a.

COSTA, I.I. & MINOZZO, F. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* São Paulo, v. 16, n. 3, p. 438-450, set., 2013b.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 1, pág. 94-108, 2007.

COSTA, A.R. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

COSTA, N. R. et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, 2011.

COSTA, N.R; CORREA, S. G. & SILVA, P. R. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*. v. 20, n.10, p. 3139, 3150/2015.

COUTO, P.B. & R, R. I. A Gramática da Moradia no Complexo do Alemão: História, Documentos e Narrativas. Ipea, Brasília, 2015.

DELGADO, P. G. No litoral do vasto mundo: lei 10216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. T. A & CAVALCANTI, M. T. (Org.) *Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, p. 283-290. 2001.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Risposta alla crisi per la salute mentale. *Pratiche Ricerche Culture Dell'innovazione, Trieste*, v. 1, n. 1, p. 53-79, 1998.

ELIA, D.D.S. “O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro”. ENSP/FIOCRUZ, 2013.

DIAS, M. K.; WEBER, R. G. & DELGADO, P. G. Leitões de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: HUCITEC. 2010.

FLICK, U.W.E. Introdução a pesquisa qualitativa; tradução Joice Elis Costa – 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GRIGOLO, T.; DELGADO, P. G.; SCHMIDT, M. B. AVALIAR-CAPS: um retrato do funcionamento da rede de serviços substitutivos no Brasil. In: Florianita Braga Campos; Antônio Lancetti. (Org.). Saúde Loucura 9 - Experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: HUCITEC, 2010, v. p. 371-390.

FAGUNDES, H.M; DESVIAT, M & SILVA, P.R.H. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: Situação Atual e Perspectivas Futuras. Ciência & Saúde Coletiva, 2015.

FAGUNDES, Hugo M. & LIBERIO, Madalena. “A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução”, Revista Saúde em Foco, vol. VI, in.16, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 1997.

JARDIM, K. F. Habitando o paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
JORGE, M. S

LEÃO, A. & BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde soc., v. 21, n.1, set. 2012.

LEVCOVITZ, S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. Cad. IPUB, v. 6, n. 17, p. 21-29, 2000.

LEVCOVITZ, S.; OLIVEIRA, R.; TENÓRIO, F. A importância estratégica dos dispositivos de recepção”. Cad. IPUB, v. 6, n. 17, p. 7-14, 2000.

LOYOLA, CRISTINA. Notas sobre o cuidar em enfermagem Psiquiátrica. Por uma psiquiatria inquieta. Homenagem ao professor João Ferreira. Coleções IPUB.2000

MATOS, P.V. A Implantação do Matriciamento do CAPS III João Ferreira junto às Equipes da Estratégia de Saúde da Família na AP 3.1. in: Sobre o início do matriciamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: reflexões, relatos e recomendações. SMSDC/RJ. 2012

MINAYO, M. C. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 13ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINOZZO, FABIANE. Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. 2011

NICÁCIO, F. & CAMPOS, G. W. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 15, n 2, p.71-8, maio - ago., 2004.

OLIVEIRA, L. P. O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família. Dissertação (Mestrado). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, p. 16-22. 2009. [Links]

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saúde debate / Rio de Janeiro. V41 N. Especial pag. 71-83, março 2017

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. São Paulo.

RELATÓRIO DE GESTÃO. CAP 3.1. Secretaria Municipal de saúde/RJ. 2011.

RELATÓRIO DE GESTÃO. Superintendência de saúde mental. Secretaria Municipal de saúde/RJ. 2016.

ROCHA RM. Enfermagem em saúde mental. 2nd ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2005.

SCHMIDT, M.; FIGUEIREDO, A. Acesso, Acolhimento e Acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. V. 12, n.1. março de 2009.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, jun. 2013. [Links]

SARAIVA AM, Ferreira Filha MO, Dias MD. Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet].2008;10(4):1004-14.Availablefrom:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a12.htm>.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (Impresso), v. 12, p. 130-140, 2008.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento - uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: Maria Cristina Ventura Couto; Renata Gomes Martinez. (Org.). Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. 1ed.Rio de Janeiro: NUPPSAM / IPUB / UFRJ, 2007, v., p. 125-151.

SCHMIDT, M. B.; Um Dia de CAPS. São Paulo: Laboratório de Psicopatologia Fundamental - PUC-SP, 2007 (Artigo).

SILVA, M. B.B.; PHYSIS: Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005

SOUZA, F. M. et al. A violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. Saúde Social. São Paulo, v. 20, n. 2, Apr-Jun, 2011.

SOUZA, P. J. Resposta à Crise: a Experiência de Belo Horizonte. In: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: Cotidiano de Uma Utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

TRAPÉ, T. L. Redes de Atenção à Saúde Mental: Estudo Comparado Brasil-Catalunha. 120 f. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2015. [Links]

VASCONCELOS, E. M. (org.), 2010. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec.

WEBER, R. G. Acesso Universal ao Cuidado como Eixo do Processo de Avaliação na Reforma Psiquiátrica: Construção de Referências para o Estudo da Produção dos Centros de Atenção Psicossocial. Tese de Doutorado. 2015

WILLRICH et. Al. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2014, vol.67, n.1, pp.97-103. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140013>.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Trad. GROSSI, D. 2^a.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.