



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Vanessa Camacho Marinho

**Tecedura de uma clínica possível em um Centro de Atenção Psicossocial**

**Tema:** discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em CAPS

Rio de Janeiro

2021

Vanessa Camacho Marinho

**Tecedura de uma clínica possível em um Centro de Atenção Psicossocial**

**Tema:** discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em CAPS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Miranda.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Weaving of a possible clinic in a Psychosocial Care Center.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M338t Marinho, Vanessa Camacho.  
Tecedura de uma clínica possível em um Centro de Atenção  
Psicossocial / Vanessa Camacho Marinho. -- 2021.  
136 f.

Orientadora: Lilian Miranda.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz,  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de  
Janeiro, 2021.

1. Reabilitação Psiquiátrica. 2. Serviços de Saúde Mental.  
3. Psicanálise. 4. Saúde Mental. 5. Hospitais Psiquiátricos.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Vanessa Camacho Marinho

**Tecedura de uma clínica possível em um Centro de Atenção Psicossocial**

**Tema: Discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 03 de maio de 2021.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Marilene de Castilho Sá  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Urh  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Lilian Miranda (Orientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2021

Dedico esta dissertação aos profissionais dos CAPS, pela delicadeza na tecedura do trabalho e resistência perante tantas adversidades nos tempos vividos.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais e irmão pelo incentivo e torcida de sempre nas minhas empreitadas.

Ao meu amoroso esposo Marcos pelo acolhimento, apoio e doçura mesmo nos momentos em que me fazia azeda pela demanda do trabalho.

À minha querida filha Maitê, que com certo descontentamento respeitava minhas ausências e se alegrava com o pouco tempo que lhe sobrava.

À querida orientadora Lilian Miranda, que se fez presente ao longo deste processo com seus valiosos e estimulantes comentários sobre o trabalho e a vida. Sempre atenta aos momentos em que o cansaço e adversidades impostas pela pandemia me faziam vacilar se oferecia como suporte para me fazer seguir adiante. Sua forma de me orientar/acompanhar fez desta caminhada um processo bem mais leve e agradável.

Aos demais membros da banca, Marilene de Castilho Sá e Débora Urh, pelas contribuições na etapa da qualificação e pela atenção e disponibilidade para enriquecerem ainda mais este trabalho.

Aos colegas de turma pelos encontros, pelas trocas e compartilhamentos dessa caminhada, por vezes carregada de dificuldades e incertezas.

À FIOCRUZ pela possibilidade de concluir este curso, pela seriedade e comprometimento com a pesquisa científica mesmo num momento de tamanho ceticismo e ataques à ciência.

Ao programa de pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ pelo auxílio financeiro às transcrições das entrevistas e grupos focais

Às equipes do CAPS BEM VIVER e do DEGASE nas quais trabalho, pelo incentivo e apoio antes e durante este processo.

À equipe do CAPS Herbert de Souza e à Divisão de Ensino e Pesquisa de Niterói pela receptividade, disponibilidade e auxílio nos entraves que se apresentavam à pesquisa. A vocês e ao trabalho que desenvolvem, meu profundo respeito.

*“Eu não sou como vocês, que são apenas robôs sanguíneos.” (Estamira,  
1941-2011)*

## RESUMO

O movimento instaurado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira traz em seu bojo a proposta de uma nova forma de acolhimento à loucura nos serviços substitutivos e na cidade. Em relação ao tratamento oferecido, passamos a nos balizar pela clínica proposta pela atenção psicossocial, que desde a sua implementação traz as marcas da diversidade em suas bases teóricas e metodológicas. Neste trabalho objetivamos analisar os pressupostos e estratégias clínicas que se fazem presentes nas discussões e práticas cotidianas dos profissionais de saúde que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A pesquisa é do tipo qualitativo exploratório e orientada pela hermenêutica filosófica, fazendo-se necessário que a conjuntura e as relações sócio-históricas fossem consideradas na análise do material colhido. Para tanto, foram realizadas entrevistas com as gestoras de um CAPS II localizado em Niterói, um período de quatro meses de observação participante realizada nas reuniões e supervisões de equipe e dois grupos focais com participantes que integravam a equipe deste serviço. A observação participante e os grupos focais foram realizados remotamente através de plataformas digitais devido à pandemia do COVID-19. A partir do CAPS estudado podemos identificar três vertentes clínicas que se apresentam de forma imbricada com maior frequência neste equipamento: psiquiatria tradicional vinculada à clínica biomédica, algumas diretrizes da psicanálise com enfoque individualizante e a reabilitação psicossocial, indicando a proposta de uma clínica ampliada. Podemos apontar os seguintes fatores como favoráveis à clínica operada em CAPS: escuta atenta aos aspectos singulares de cada sujeito, maior articulação com a rede intersetorial, espaços que favoreçam a discussão e a construção de uma clínica feita por muitos. Tendo em vista os impasses político-institucionais e a precarização do serviço que necessariamente exercem influências sobre as estratégias clínicas lançadas pela equipe, consideramos a pertinência do conceito winnicottiano de espaço transicional. Neste seria possível a construção de arranjos mais criativos para os empecilhos que se apresentam para a implementação da clínica da atenção psicossocial.

Palavras-chave: clínica, atenção psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

## **ABSTRACT**

The movement established by the Brazilian Psychiatric Reform brings with it the proposal of a new way of welcoming madness in substitute services and in the city. In relation to the treatment offered, we started to be guided by the clinic proposed by the psychosocial care, which since its implementation brings the marks of diversity in its theoretical and methodological bases. In this work we aim to analyze the assumptions and clinical strategies that are present in the discussions and daily practices of health professionals who work in Psychosocial Care Centers (CAPS). To this end, interviews were conducted with the managers of a CAPS II located in Niterói, a period of four months of participant observation carried out in team meetings and supervision and two focus groups with participants who were part of the team of this service. The research is of an exploratory qualitative type and guided by philosophical hermeneutics, making it necessary that the conjuncture and socio-historical relations be considered in the analysis of the material collected. Based on the CAPS studied, we can identify three clinical aspects that present themselves in an overlapping way more frequently in this equipment: traditional psychiatry linked to the biomedical clinic, some psychoanalysis guidelines with an individualizing focus and psychosocial rehabilitation, indicating the proposal for an expanded clinic. We can point out the following factors as favorable to the clinic operated in CAPS: attentive listening to the unique aspects of each subject, greater articulation with the intersectoral network, spaces that favor the discussion and the construction of a clinic made by many. In view of the political-institutional impasses and the precariousness of the service, which necessarily influence the clinical strategies launched by the team, we consider the relevance of the Winnicottian concept of transitional space. In this it would be possible to build more creative arrangements for the obstacles that arise for the implementation of the psychosocial care clinic.

Keywords: clinic, psychosocial care, Psychosocial Care Center (CAPS).

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DESINS	Desinstitucionalização
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ERIJAD	Equipe de Referência Infanto-Juvenil para Ações de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HPJ	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba
HS	Herbert de Souza
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTAP	Unidade Transitória de Atenção Psicossocial
VIPACAF	Vice presidência de atenção coletiva, ambulatorial e da família
VIPAHE	Vice presidência de atenção hospitalar e emergência

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	18
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
3.1.	<b>SOBRE O CUIDADO E A CLÍNICA</b> .....	23
3.1.1	<b>Modelos de cuidado</b> .....	23
3.1.2	<b>Arranjos tecnológicos no cuidado</b> .....	29
3.1.3	<b>Clínica do sujeito</b> .....	32
3.1.4	<b>Aproximações da psicanálise com a clínica da Atenção Psicossocial</b> .....	34
3.2	<b>ALGUNS ASPECTOS SOBRE A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA</b> .....	42
4	<b>APONTAMENTOS SOBRE A CLÍNICA MATERIALIZADA EM CAPS</b> .....	49
5	<b>MÉTODO</b> .....	59
5.1	<b>TIPO DE ESTUDO</b> .....	59
5.2	<b>CENÁRIO DE ESTUDO</b> .....	63
5.3	<b>ESTRATÉGIA DE PESQUISA E INSTRUMENTOS</b> .....	68
5.3.1	<b>Construindo minha entrada no campo de pesquisa</b> .....	68
5.4	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	75
5.5	<b>ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE</b> .....	76
6	<b>NARRATIVAS</b> .....	77
6.1	<b>NARRATIVA GRUPO FOCAL 1: CONDUZIDOS POR JÚLIO</b> .....	77
6.2	<b>NARRATIVA GRUPO FOCAL 2: NA ERRÂNCIA DE CARLOS</b> .....	80
7	<b>NÚCLEOS ARGUMENTAIS</b> .....	83
7.1	<b>O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUA HISTÓRICA INFLUÊNCIA SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	83
7.2	<b>O CAPS: CONSTRUINDO UM LUGAR NA REDE</b> .....	87
7.3	<b>DAS CLÍNICAS POSSÍVEIS</b> .....	91
7.3.1	<b>Das construções clínicas e seus efeitos</b> .....	98
7.4	<b>UM CONVITE AO TRABALHO COLETIVO</b> .....	103
7.4.1	<b>Produzindo soluções mais criativas perante nossas limitações</b> .....	106
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	112
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115

<b>APÊNDICE A</b> .....	122
<b>APÊNDICE B</b> .....	123
<b>APÊNDICE C</b> .....	124
<b>APÊNDICE D</b> .....	126
<b>APÊNDICE E</b> .....	128
<b>APÊNDICE F</b> .....	129
<b>ANEXO 1</b> .....	135
<b>ANEXO 2</b> .....	136

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa visa analisar as estratégias e os pressupostos clínicos que se fazem presentes no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços com papel fundamental na assistência oferecida em saúde mental. O estudo também realizou algumas articulações entre a clínica e a precarização que atravessa diversos CAPS, sendo este um contexto a ser considerado quando se pretende discutir os modelos clínicos que se fazem possíveis em tal conjuntura.

Esta dissertação partiu de um breve histórico sobre as práticas que permeavam o manicômio, instituição asilar que se apresentava como base para o modelo assistencial anterior ao advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP). A RP ganha expressividade a partir do final da década de 70 e tem como questionamento central a forma de cuidado dispensada aos loucos até então, respaldada pelos princípios de Pinel representados pelo alienismo.

A RP se contrapõe, do ponto de vista teórico e clínico, aos preceitos pinelianos que, em linhas gerais, por meio do isolamento e da disciplinarização, tentavam embasar cientificamente os cuidados dispensados ao doente mental para o seu restabelecimento. Cabe ressaltar que a teoria pineliana tinha fundamentos legitimados pela ciência da sua época. Fundamentos estes que sofreram certo desvio ao longo de sua perpetuação através dos anos, favorecendo que a utilização de práticas exercidas nos manicômios se afastassem de qualquer vinculação terapêutica (AMARANTE, 1995).

No Brasil, um dos estopins para a eclosão da RP foi justamente referente à assistência dispensada aos doentes mentais nos manicômios, doentes estes que na maior parte do tempo não acessavam nenhum tipo de tratamento. Segundo Amarante (1995), eram comuns as denúncias de estupro, trabalho escravo, agressão e mortes não esclarecidas dos internos. Em tais instituições eram frequentes as práticas de tortura associadas a parte do tratamento oferecido ao louco, bem como o distanciamento deste de seu território e de sua rede afetiva.

A RP percorreu uma longa trajetória até que seus preceitos ganhassem respaldo legal e aparatos jurídicos, que favoreceram a construção de novos agenciamentos sociais com a loucura. O movimento da reforma permitiu a experimentação de algumas estratégias de cuidado desinstitucionalizadoras, como a implantação ainda pontual de experiências inovadoras, tais como os Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos\_SP e o CAPS Itapeva em São Paulo\_SP. A RP se materializou através da fundação de serviços substitutivos de base territorial ao longo de quase duas décadas, mas somente no ano de 2001 foi publicada a lei 10216/01, quando diversos serviços substitutivos já integravam a rede de saúde mental (CAPS, Serviço

Residencial Terapêutico, Centro de Convivência, hospital dia, leitos em hospital geral). Tais serviços visam se nortear pelo campo da atenção psicossocial, que rompe com a hegemonia da lógica biomédica, vigente até então, na assistência fornecida às pessoas em sofrimento psíquico. A promulgação da referida lei garantiu aparato jurídico para o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país, bem como instituiu direitos aos sujeitos identificados com transtornos mentais.

Desde o início da RP, localizado no final dos anos 70, até uma década após a promulgação da lei 10216/01, uma rede de serviços substitutivos ao manicômio se construiu ao longo deste processo, no qual os CAPS assumiram um papel central, enquanto articuladores e principais operadores do cuidado destinado a pessoas que vivem problemas psicossociais mais graves.

De acordo com a Portaria Nº 336, de fevereiro de 2002, o CAPS se apresenta como a instituição que deve responder às diversas demandas relativas à saúde mental de um dado município, seja por meios do próprio equipamento ou enquanto articulador de uma rede assistencial que extrapola os limites da secretaria municipal de saúde.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tal como concebidos no bojo da RP e regulados pelas primeiras normativas, são considerados serviços estratégicos para o cuidado e a desinstitucionalização. Tais serviços possuem caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, devendo ser substitutivos ao modelo asilar<sup>1</sup>. Tais equipamentos emergem junto à proposta de um novo modelo assistencial através da atenção psicossocial. Esta propõe maior diversidade no cuidado oferecido quando abre o campo da saúde mental a saberes diversos, que extrapolam o campo psi e a vinculação exclusiva de toda e qualquer sintomatologia aos aspectos orgânicos que também compõem o sujeito.

Segundo Amarante (1995), diversos discursos contrários a tal proposta também se afirmavam desde a implementação dos serviços substitutivos ao manicômio, com diretrizes que propunham a construção de um novo lugar social para o louco, garantindo-lhe cidadania e o respeito aos seus direitos.

---

<sup>1</sup> <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Consultado em 16/3/18.

Enquanto discurso oficial contrário às propostas da RP tínhamos aquele que pontuava o caráter imprescindível do hospital. Este se valia do discurso utilizado pela psiquiatria, que associava a imagem do louco à periculosidade, à falta de razão e à necessidade de seu afastamento da sociedade para que o devido tratamento lhe fosse oferecido. Dois pontos centrais desse pensamento reacionário são combatidos pelos militantes da RP: um referente aos fatores econômicos, tendo em vista o lucrativo mercado em que consistia os manicômios. E outro que diz respeito ao questionamento da hegemonia do discurso da psiquiatria sobre a loucura. O *saber fazer*, como nos diria Foucault, sobre a loucura passa a ser partilhado com outros campos, que trazem à cena novos atores, discursos e práticas sobre o tema.

A partir de estratégias de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede substitutiva ganha corpo e se expande. Apesar dos CAPS assumirem um papel de destaque enquanto articuladores da rede de saúde mental, esta é composta por equipamentos diversos, que devem priorizar os serviços comunitários de base territorial. Com a portaria 3088/11, a rede de atenção psicossocial (RAPS) passa a ser composta também pela atenção básica, atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência<sup>2</sup>. Possibilitando uma rede de cuidados que se propaga pelo território, mas que deve manter a articulação desses diversos pontos de suporte através do CAPS.

A institucionalização da RAPS visa garantir concretude, fornece visibilidade e fortalece o modelo da atenção psicossocial proposta pela RP, na medida em que a assistência oferecida passa a ser plural e redistribuída pelos diversos pontos de circulação dos usuários, que não devem se limitar aos CAPS.

Apesar de intercalarmos períodos de maior e menor avanço das mudanças propostas pela RP, caminhamos cerca de três décadas norteados pelos princípios da atenção psicossocial, com avanço significativo na implantação de uma rede substitutiva de serviços. Delgado (2019) destaca como conquistas deste movimento “*a redução dos leitos de hospital especializado, criação de serviços na comunidade, ampliação radical do acesso ao tratamento, abertura das fronteiras de atendimento na atenção primária e na intersectorialidade.*” (DELGADO, 2019, p.1)

Segundo dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS)<sup>3</sup>, os recursos federais investidos em CAPS cresceram entre 2002 e 2015, passando

---

<sup>2</sup> Cabe destacar que cada RAPS foi tecida de acordo com as especificidades de determinado município, atreladas aos territórios nos quais se operam.

<sup>3</sup><https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>. Consultado em 15/10/19.

de menos de 50 milhões de reais para mais de um bilhão de reais. Os dados referentes à série histórica de expansão dos CAPS no Brasil, no período compreendido entre 1998 e 2015, também revelam um padrão de crescimento progressivo, apontando para a implementação de serviços substitutivos fundamentais no processo de desinstitucionalização. De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS<sup>4</sup>, em 1998 o país contava com 148 CAPS, já em 2015 o Brasil contabilizava 2328 CAPS em seu território<sup>5</sup>.

Para além dos números oficiais, pude acompanhar de perto esse período de efervescência favorecido pela RP com minha inserção em um CAPS do município do Rio de Janeiro no ano de 2006. Neste serviço era notório o engajamento da maioria dos profissionais e gestores na efetiva implementação de preceitos que viabilizassem novos agenciamentos sociais com a loucura. A parceria entre a prefeitura do Rio de Janeiro e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), dentre outras naquele período, também propiciava uma aproximação com a academia, na medida em que as supervisões clínico-institucionais do serviço eram realizadas também por professores da referida instituição. As articulações do CAPS em Fóruns de Saúde Mental, Conselhos Municipais de diversas áreas, não se limitando aos Conselhos Municipais de Saúde, ratificavam o caráter imprescindível de um serviço que assumisse a função central de articulação de uma extensa rede que extrapola o âmbito sanitário.

Em 2008, realizei um trabalho de alguns meses como acompanhante terapêutica no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), localizado no município de Niterói, que, mesmo enquanto uma instituição total<sup>6</sup>, se encontrava em processo de reconstrução para um possível alinhamento às propostas da RP.

Tanto a equipe do referido hospital, como a rede de saúde mental de Niterói, estavam atentos ao modelo da atenção psicossocial em processo de implementação naquele período. Todavia, ter tido a experiência de um potente encontro com um CAPS, que conseguia tirar dos preceitos da RP os direcionamentos para construções que muito se distanciavam do modelo

---

<sup>4</sup>Idem, <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>. Consultado em 15/10/19.

<sup>5</sup> Cabe destacar que a disponibilidade dos dados referentes à política de saúde mental só estão disponíveis no site do Ministério da Saúde até o ano de 2015. A última atualização data de 2016, sem os dados referentes a este último ano.

<sup>6</sup> Goffman (1961) define como instituições totais aquelas que mantém os sujeitos privados de sua liberdade. Tal privação estaria relacionada ao objetivo institucional de enquadramento dos sujeitos de acordo com um referencial específico, um modelo ideal, que caso fosse atingido traria benefícios para o corpo social. Segundo o autor, estas instituições se apresentavam oficialmente como portadoras de um projeto racional, com uma eficiente engrenagem que possibilitaria uma reforma socialmente demandada dos internos que ali se encontravam. Entretanto, enfatiza que tais instituições se assemelhavam aos depósitos, que deixariam penosas marcas nos sujeitos que por ali passassem.

hospitalocêntrico, ratificando o caráter prescindível do manicômio, tornavam meu trabalho no hospital bem mais difícil.

Como minha função era de acompanhante terapêutica<sup>7</sup>, era possível que realizasse pequenas saídas no entorno do hospital com aqueles pacientes<sup>8</sup> autorizados pelo médico responsável pela enfermaria de agudos. Tais saídas tornavam aquele local mais suportável para mim e para os internos. Chamava minha atenção que o acesso aos jardins do hospital também era limitado aos pacientes que, segundo o médico da enfermaria, apresentavam melhoras em seu quadro. A contagem realizada pelo técnico que os acompanhava era uma constante, tendo em vista que uma das maiores preocupações institucionais era a fuga de um interno. No curto período em que acompanhei os pacientes em tais passeios pelos jardins do hospital, um interno pulou o muro do hospital, dirigiu-se até um bar e ali ficou, até que a ambulância do hospital o localizasse. Tal fato trouxe algumas retaliações para minhas saídas com os pacientes. Entretanto, achava saudável as fugas do manicômio, bem como o que elas traziam de especificidades daqueles sujeitos, limitados à sua doença pela equipe que os assistia.

Ainda em 2008, em função de um concurso público, mas também por limitações pessoais em trabalhar numa instituição com moldes manicomial, saio do hospital e permaneço por alguns anos enquanto psicóloga na Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Atualmente, trabalho como psicóloga em um CAPS da baixada fluminense.

Ao longo desse percurso de quase 16 anos, como trabalhadora no campo da saúde mental ou vinculada a outras secretarias, pude observar uma série de mudanças nesse campo. Seja como integrante de um CAPS ou enquanto profissional vinculada às secretarias de assistência social ou educação que necessitava estabelecer parcerias com os CAPS para a efetivação do trabalho, pude notar modificações que distanciavam tais experiências, ao longo dos anos, das propostas reformatórias preconizadas pelo movimento de desinstitucionalização.

Em meio a minha prática profissional, a alta rotatividade dos profissionais que compunham as equipes dos CAPS passou a ser algo notável, assim como o aumento da precariedade dos vínculos empregatícios que se estabeleciam entre os municípios nos quais atuava e os trabalhadores de diversas áreas. Outro ponto que também passou a chamar minha atenção foi a degradação do espaço físico de alguns equipamentos, bem como a escassez ou

---

<sup>7</sup> Palombini (2016) define o acompanhamento terapêutico como uma forma não padronizada da clínica se operar. Uma proposta clínica aberta aos encontros e afetos presentes na cidade, que poderão produzir novos caminhos de atuação e acessar outros devires para o cuidado em saúde mental. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.19, p.1-16, 2016

<sup>8</sup> O termo paciente foi utilizado porque é desta forma que tais sujeitos são tomados pelo tratamento oferecido pelo hospital psiquiátrico. Paciente como aquele que deve assumir, de forma resignada, sua condição de objeto passível às intervenções manicomial. (AMARANTE, 1995)

mesmo a falta de recursos essenciais para o desenvolvimento do trabalho. Perante este cenário, algumas questões passaram a se impor em minha trajetória profissional. Dentre estas uma que ressoa com bastante intensidade:

A serviço do que e para quem estamos operando tais práticas de cuidado?

Passei a ver-me em um serviço que se propõe cuidar das pessoas em sofrimento psíquico marcado por um ambiente que denuncia a total falta de cuidado, com o próprio espaço e com aquele que cuida, na medida em que nem seus direitos trabalhistas estão garantidos. Em tal conjuntura, que estratégias clínicas se fazem possíveis?

Ao elencarmos um determinado modelo clínico em detrimento de quaisquer outros, é necessário ter em vista que nossas práticas estão sempre imbricadas por diversas tensões. Também se faz relevante observar que o mito de uma suposta neutralidade é evidente em tais embates, que trazem em seu bojo questões políticas, econômicas, culturais, simbólicas, que não devem ser preteridas em uma constante problematização de nossas práticas. Tais ponderações se colocam prementes, principalmente, quando pensamos no modelo da atenção psicossocial, com uma trajetória relativamente recente e num processo de consolidação com algumas lacunas. E como qualquer processo reformatório está sujeito a capturas de seus preceitos e redirecionamento de suas propostas.

Desta forma, esta pesquisa manteve como um de seus eixos norteadores as estratégias clínicas que são operadas em CAPS e os embates no campo dos cuidados oferecidos nestes serviços, considerando o atual cenário no qual se operam tais práticas.

Cabe destacar que no momento de submissão do projeto que orientou este trabalho à banca de qualificação uma pandemia se instaurou. Devido à rápida propagação do COVID-19, medidas foram tomadas para que os impactos do mesmo fossem minimizados. Dentre tais medidas a suspensão de atividades comerciais, escolares, de lazer e todas aquelas consideradas não essenciais. Os CAPS se encontravam dentre os serviços que tiveram sua rotina afetada por estas restrições. Na maioria dos equipamentos foram suspensas as atividades cotidianas, grupais e individuais, que não se relacionavam às questões emergenciais. Foram elencadas como prioritárias demandas associadas à crise de algum usuário ou aos episódios de descompensação que poderiam anunciar uma crise que estaria por vir. Consequentemente, tornou-se consensual que com os efeitos advindos da pandemia se anunciava uma crise que extrapolaria o âmbito sanitário, comportando também aspectos econômicos e sociais, que provavelmente deixarão seus efeitos inscritos no campo da saúde mental (MEZZINA, 2020). Desta forma, as decorrências da pandemia se fizeram sentir no CAPS bem como atravessam a clínica proposta por este, sendo necessário que tal fato seja considerado na presente pesquisa, que a princípio

não incluía tal impasse no trabalho a ser desenvolvido e necessitou realizar as devidas adaptações para sua realização através do formato remoto.

Impulsionada por minha história profissional e pelas questões clínicas e teóricas dela suscitadas, esta dissertação apresenta uma pesquisa cuja questão norteadora foi a seguinte: **Quais clínicas da atenção psicossocial se fazem possíveis em CAPS?** Já o objetivo geral foi **analisar os pressupostos e estratégias clínicas que são operados em CAPS**. E os objetivos específicos foram:

- ✓ Compreender as concepções e estratégias clínicas dos profissionais de CAPS.
- ✓ Apreender os principais efeitos da clínica desenvolvida em CAPS.
- ✓ Avaliar a imbricação entre os princípios da RP e a prática clínica desenvolvida atualmente em CAPS.
- ✓ Identificar, no discurso dos profissionais, possíveis articulações entre aspectos político-institucionais e clínicos.
- ✓ Apontar os fatores que dificultam e os que favorecem a implementação da clínica da atenção psicossocial.

## 2 JUSTIFICATIVA

Conforme indicado anteriormente, o advento da Reforma Psiquiátrica (RP) viabilizou uma nova diretriz assistencial para o trato com a loucura. A partir da orientação fornecida pela atenção psicossocial, diversos campos que atravessam a vida dos sujeitos assistidos passam a ser considerados. Assim, aspectos sócio-históricos, afetivos, econômicos, culturais, políticos, familiares, biológicos, territoriais, subjetivos passam a compor um complexo conjunto que, articulados entre si, deverão garantir o eixo condutor dos cuidados oferecidos a um determinado sujeito.

Leal e Delgado (2007) questionam o tipo de cuidado que deve ser oferecido em um CAPS para que os preceitos da desinstitucionalização sejam garantidos. Os autores destacam que o CAPS deve ser entendido como um modo de operar o cuidado, não se limitando a uma instituição que venha a substituir o manicômio. Assim, consideram que somente tomando o CAPS enquanto uma estratégia de cuidado este será instrumento de desinstitucionalização. Foi a partir de ideias como esta que novos serviços de base territorial são implantados na década de 90, objetivando a viabilização do cuidado através da articulação em rede orientada pelos CAPS.

Campos (2003) utiliza o conceito de clínica ampliada, também chamada clínica do sujeito, para propor um modo de relação profissional que comporte as diversas dimensões que atravessam o sujeito. O autor nos apresenta uma contradição interna à clínica, enquanto ciência e arte, pois a ciência garante certos saberes e técnicas padronizadas, enquanto a arte se refere à invenção, à improvisação. Assim, a clínica do sujeito só se faz possível ampliada, revisada e constantemente problematizada. O desafio de tal proposta é não transformar determinados referenciais de cuidados em regras, que limitam a capacidade criativa das equipes em seus cotidianos, marcados pelo imprevisto.

Campos (2003) reconhece a pertinência de certas regularidades dos sujeitos, bem como técnicas e práticas já experimentadas como exitosas, ou seja, a técnica e os protocolos são necessários e importantes, mas devem ser associados à sensibilidade, singularidade e capacidade de criação.

Segundo Onocko Campos (2001), na clínica ampliada a doença nunca ocupa o lugar do sujeito. Este é visto em suas dimensões biológica, social, subjetiva e histórica. Esta forma de cuidar estaria atrelada às necessidades concretas dos usuários e não, somente, por aquelas definidas pela epidemiologia. Assim, a ênfase é colocada no processo de “*invenção da saúde*” (ONOCKO CAMPOS, 2001, p.102) e não na doença, apesar de não a desconsiderar.

Tendo em vista a centralidade da clínica no direcionamento dado à assistência prestada nos CAPS, pois no aspecto operativo sempre nos deparamos com uma escolha clínica, podemos nos indagar: Qual é o sentido de nossas práticas?

Se é o modelo de cuidado, como nos advertem Leal e Delgado (2007), que garante um serviço realmente substitutivo às práticas asilares, devemos nos questionar sobre o modelo clínico que estamos operando. Principalmente no atual cenário, que aponta para o desmonte da rede substitutiva que tínhamos até então. Após os inegáveis avanços ocorridos nas décadas de 80, 90 e início dos anos de 2000, como apontado anteriormente através dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos deparamos, atualmente, com um retrocesso acelerado no campo da saúde mental, seja pelo sucateamento dos serviços substitutivos (CAPS, Residência Terapêutica, leitos em hospitais gerais...), pela precarização dos vínculos profissionais, pela falta de investimento em políticas públicas que ratifiquem os princípios da RP.

Ao longo de 15 anos enquanto trabalhadora da rede de saúde mental de alguns municípios do estado do Rio de Janeiro, tenho observado a degradação literal de alguns CAPS. A falta de insumos básicos como água potável, papel, telefone, materiais para oficinas, bem como recursos humanos, por vezes inviabilizam determinadas ações fundamentais para o trabalho.

Para além de todos os embates cotidianos próprios de um CAPS, atravessar um período no qual muito destes serviços estão marcados por precárias condições materiais de assistência, cuidado e trabalho, é um desafio!

O processo de sucateamento que atravessa diversos serviços, tais como os CAPS, é observado juntamente com o que Delgado (2019) chama de implementação da agenda neoliberal<sup>9</sup>. Segundo o autor, com a influência da agenda neoliberal neste processo de reformas na gestão pública desde os anos 90, concretizada na incorporação pelo setor público de valores próprios ao setor privado, tais como o estímulo ao individualismo, a livre concorrência, a busca de gastos mínimos visando o máximo de produtividade; o avanço da RP foi se limitando gradativamente. Apesar deste cenário, as políticas que norteavam o campo da saúde mental se mantiveram até 2016, quando uma série de reformulações passou a alterar a legislação sobre o

---

<sup>9</sup> Cabe destacar que as reformas sanitária e psiquiátrica emergem no bojo do neoliberalismo, configurando se enquanto movimento contra hegemônico à tendência daquele momento. Atualmente, adicionada à consolidação do neoliberalismo observada na década de 90, temos o seu acirramento em uma sociedade que tem se demonstrado ultraliberal. Sob tal perspectiva o conceito de Estado mínimo é radicalizado, sendo contrário aos gastos sociais e espaços democráticos. (SANTOS, 2020)

campo da saúde mental brasileiro, principalmente aquele referente ao âmbito de álcool e outras drogas.

A partir de 2016, uma série de mudanças legislativas, com viés conservador, passam a ser propostas enquanto diretrizes para a saúde mental. Dentre tais modificações destaco o aumento do financiamento dos hospitais psiquiátricos, a ampliação do investimento nas entidades religiosas denominadas comunidades terapêuticas, o resgate do lugar de destaque para o hospital psiquiátrico, a recomendação da não utilização da palavra ‘substitutivo’ para os serviços que compõe a RAPS (DELGADO, 2019).

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde divulgou uma ‘Nota Técnica<sup>10</sup>’ destinada a esclarecer aspectos da nova política de saúde mental. Segundo Delgado (2019), tais medidas evidenciam claramente o objetivo de desmonte da RAPS consolidada através do movimento que teve início com a RP. O autor ressalta a ênfase da proposta governamental em aspectos biológicos do tratamento, o reinvestimento em técnicas como a eletroconvulsoterapia, a dissociação entre saúde mental e as políticas de álcool e outras drogas, bem como o rechaço às estratégias associadas à redução de danos.

Em dezembro de 2020, no bojo do retrocesso vivenciado pela política pública de saúde mental, o governo federal apresentou, em reunião do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), a implantação de mudanças significativas com a revogação de diversas portarias que regulamentam o campo da saúde mental desde a década de 90. A proposta incluía a revogação de cerca de cem portarias editadas entre 1991 e 2014, que encerraria programas estratégicos para a RP, como: Programa de Volta para Casa, equipes de Consultório na Rua, Serviço Residencial Terapêutico. Cabe destacar que as novas diretrizes propostas pelo governo federal se configurariam como uma ameaça para a própria RAPS. Houve forte resistência a tal proposição governamental através de associações de usuários dos serviços de saúde mental, trabalhadores, ONGs, movimentos sociais antimanicomiais, conselhos profissionais da área da saúde e representantes legislativos<sup>11</sup>.

Com a reformulação em curso das políticas públicas para o campo da saúde mental, somada à precarização dos vínculos profissionais, a deterioração de alguns CAPS, se faz necessário analisarmos que estratégias e pressupostos clínicos estão se operando neste cenário.

---

<sup>10</sup> Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.

<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em 28/01/2020.

<sup>11</sup><https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/12/09/senadores-criticam-possivel-revogacao-de-portarias-sobre-saude-mental>

<https://crppr.org.br/contra-retrocessos-politica-saude-mental/> Acesso em 14/02/2021.

Cabe destacar que tal processo, marcado pelo subfinanciamento, que não garante insumos básicos para a realização do trabalho, aponta para um cenário pouco favorável nos anos que estão por vir. Com a aprovação no final de 2016 da Proposta de Emenda à Constituição 55/2016<sup>12</sup>, o aumento dos gastos públicos se limita à variação da inflação, decretando o congelamento destes por 20 anos.

Blanch-Ribas (apud BARROS & BERNARDO, 2011) identifica o uso da estratégia “*minimax*” neste arranjo institucional com forte influência neoliberal, no qual a produtividade é mantida com o mínimo de financiamento. As autoras destacam a entrada deste modelo organizacional nos serviços de saúde mental, apontando para uma conjuntura das condições objetivas de trabalho pouco favorável à efetivação da proposta de atenção psicossocial.

Perante este quadro apontado acima e a partir de minha experiência como trabalhadora de CAPS, bem como de meus pares, identificamos a degradação literal de tais serviços em uma frequência cada vez maior. E junto com esta, observamos o questionamento, disseminado socialmente, sobre a efetividade destes dispositivos e do lugar de destaque ocupado por ele na rede de atenção psicossocial.

Segundo Koda & Fernandes (2007), a falta de investimentos e infraestrutura dos serviços, associada à desarticulação da rede, gera um empobrecimento das práticas e limita o campo de ações e estratégias a serem lançadas. Para as autoras, dentre os profissionais que atuam em serviços substitutivos, é frequente a lembrança nostálgica da implantação e funcionamento dos primeiros serviços comunitários territoriais (NAPS). Permeia a lembrança frequente destes profissionais as suas experiências primeiras de desinstitucionalização como contraponto para o atual cenário. Na exigência de construção de novos acordos sociais perante este panorama, Koda & Fernandes (2007) destacam a mobilização de angústias entre os profissionais que incorrem em certo apego ao que chamam de “*mito de origem*”, visando garantir um parâmetro de identificação para o grupo de profissionais. A mudança de conjuntura nos serviços, tais como observadas, retiram a segurança que o ambiente oferecia, o que limita os espaços transicionais (MIRANDA, 2013) e, conseqüentemente, a capacidade criativa das equipes.

*“Vemos a desmobilização da equipe e dos projetos que, ao invés de se dirigirem ao território, refluem para dentro da instituição, reforçando o modelo médico/ambulatorial tão criticado anteriormente”*<sup>13</sup>(KODA & FERNANDES, 2007, p.1459).

---

<sup>12</sup> Emenda Constitucional 95, 15 de dezembro de 2016.

<sup>13</sup> KODA & FERNANDES, 2007, p. 1459

Para Onocko Campos (2001), a ampliação da clínica nos serviços públicos se faz necessária enquanto resistência à proposta hegemônica de uma clínica degradada<sup>14</sup>, pouco efetiva e, por vezes, iatrogênica.

Perante este cenário, com o desmonte real dos CAPS, como operacionalizar uma clínica ampliada?

No bojo do sucateamento temos a estrutura física e os recursos materiais que se esvaem, mas também contratos profissionais frágeis, com equipes efêmeras, que não garantem a continuidade do trabalho e dificultam a construção de vínculo com os usuários, a rede de atenção e, por vezes, com a própria equipe. Como enfatiza Campos (2003, p.66), “*a clínica ampliada demanda trabalho em equipe e um agir comunicativo*”.

Desta forma, é primordial que nos atentemos para o modelo de cuidado que estamos construindo em nossas práticas cotidianas. Se é o modo de cuidado que garante um serviço realmente substitutivo às práticas asilares, devemos nos questionar sobre as estratégias clínicas que estamos operando. Principalmente no atual cenário, que aponta para o desmonte da rede substitutiva que tínhamos até então.

Assim, o presente trabalho se debruçou sobre as estratégias clínicas implementadas em CAPS. Haja vista que é o modo de operar o cuidado que favorece ou não as diretrizes assistenciais elencadas pela Reforma Psiquiátrica no processo de desinstitucionalização.

---

<sup>14</sup> CAMPOS, 2003

O conceito de clínica degradada será desenvolvido posteriormente.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 SOBRE O CUIDADO E A CLÍNICA**

##### **3.1.1 Modelos de cuidado**

A partir de um sucinto esboço sobre a emergência e alguns impasses da clínica moderna, discorreremos sobre as formas de cuidado dispensadas em CAPS atualmente, tendo em vista que o cuidado em saúde pública se pauta na clínica moderna e que alguns dos seus nós têm por fundamento a crise desse modelo clínico (BIRMAN, 1991). Para tanto, nossa análise partirá dos referenciais apresentados por Foucault e Birman, guardadas suas respectivas alocações temporais.

O nascimento da clínica moderna, como nos diz Foucault (1963), emergiu a partir de sua vertente anátomo-patológica. Segundo Foucault (2010), a medicina do século XIX busca aproximar suas construções teóricas e práticas à racionalidade técnico-científica, afastando-a de seu modelo anterior, por vezes associado ao misticismo. A partir do referencial da clínica moderna, a dimensão biológica do sujeito passa a exercer preponderância sobre todas as demais que o compõem, com destaque voltado para a patologia.

Ao nos atentarmos para a etimologia da palavra patologia, chegamos ao radical grego pathos (sofrimento, doença) e logos (estudo). Assim, a análise foucaultiana enfatiza que a clínica moderna se atém ao sujeito em um determinado caráter disfuncional, segundo as leis orgânicas da fisiologia, da anatomia que passam a compor o saber médico desde então. Tal disfunção deveria ser ajustada segundo a determinação de padrões tidos como ideias pelo saber médico.

Foucault (1963) também acrescenta que tal modelo clínico se estendeu, ao longo do século XIX, às ciências humanas e sociais, configurando uma mesma racionalidade para diferentes saberes. De tal modo, o autor ressalta a centralidade dada pelas diferentes ciências no mau funcionamento, no distúrbio, no desvio de seus objetos, que deveriam ser reajustados a um modelo normativo tomado como ideal à época.

Paim & Almeida (1998) apresentam alguns percursos traçados do fim da Segunda Guerra Mundial até o final do século XX no campo da saúde pública, com constantes reformulações em seus modelos, que dependem da conjuntura histórica, política e econômica que atravessam. Mas destacam um ponto central para o redirecionamento desse campo, que são as evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta as práticas de saúde, assim como o questionamento da estruturação da saúde pública a partir de um viés biologizante, com o objetivo de destinar-se às disfunções e riscos da população como um todo.

Localizando essa discussão no contexto brasileiro, Birman<sup>15</sup> (1991) aponta para um esgotamento da clínica moderna, tendo em vista a crise do modelo sanitário, que não mais respondia às necessidades apresentadas pela saúde pública. O autor destaca que a partir de 1920, as ciências humanas passam a analisar a problemática da saúde como algo que não se limita ao seu viés biologizante. Tal movimento questiona o universalismo naturalista do saber médico utilizado pela saúde pública até então. Neste contexto, observamos a emergência do discurso da saúde coletiva, que se apresenta enquanto leitura crítica dos processos de saúde-doença, incluindo nesta discussão o caráter simbólico, político, ético, cultural de um corpo que está para além de uma *“máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos .”* (BIRMAN, 1991, p.13)

A clínica moderna limita sua eficácia ao reduzir o sujeito a uma de suas dimensões: a biológica. Restringe também sua capacidade de responder de forma satisfatória à demanda que lhe é apresentada. A crise do modelo proposto pela saúde pública até o início do século XX, como salientou Birman (1991), incita a construção de novas propostas clínicas. Propostas que visem alargar o campo de análise e expor a complexidade dos atravessamentos imbricados no processo saúde-doença.

No final da década de 70, tem início no Brasil o Movimento Sanitário, que questionava o modelo e o direcionamento dado à Saúde Pública no país. Baptista & Borges (2017) ressaltam que o movimento acadêmico do final da década de 70, que posteriormente assumiu contornos de movimento social, levantou uma série de críticas à prática médica tradicional, incluindo a prática da saúde pública. Esse processo vem no bojo da problematização do saber biomédico enquanto saber hegemônico e de aposta no campo da saúde coletiva. As autoras ratificam o êxito da reforma sanitária com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990, garantido através da Constituição Federal de 1988.

No seu processo de formulação e implementação, o SUS foi permeado, de modo predominante, por discussões macroestruturais, sobretudo no que diz respeito aos determinantes socioeconômicos dos processos saúde e doença. No plano dos serviços, o planejamento e a gestão das ofertas, bem como a garantia do acesso, figuravam como prioridades. Foi a partir dos anos 2000 que ganhou lugar na produção acadêmica sobre a saúde coletiva brasileira e sobre o SUS a discussão sobre as dimensões (inter)subjetivas do processo saúde doença. Ganhou espaço, então, a discussão sobre a clínica e o cuidado, exercidos no

---

<sup>15</sup> Cabe destacar que Birman aborda prioritariamente uma contraposição entre saúde pública e saúde coletiva no referido trabalho, entretanto, os pressupostos apresentados indicam diferentes modelos clínicos em cena.

cotidiano dos serviços por profissionais, cuja subjetividade também precisaria ser considerada (AZEVEDO, SÁ, MIRANDA & GRABOIS, 2018).

Ao discorrermos sobre os conceitos de cuidado e clínica pensados sob o âmbito da saúde coletiva, observamos que tais conceitos apresentam pontos de convergência e outros que se afastam, dependendo do referencial teórico que nos guia. Assim, destacaremos alguns autores que nos conduzirão ao longo deste processo de reflexão sobre a assistência dispensada nos CAPS. Cabe enfatizar que nesta pesquisa cuidado e clínica serão utilizados a partir de seus pontos de confluência, apesar de não haver consenso sobre tal aproximação entre ambos na vasta literatura que contempla essa abordagem no campo da saúde coletiva brasileira. Este trabalho não se propõe realizar uma abordagem ampla sobre as imbricações entre cuidado e clínica, mas sim identificar os parâmetros que balizam esta pesquisa.

Azevedo, Sá, Miranda & Grabois (2018) destacam que em meados da década de 90 do século XX a produção do cuidado em saúde ganhou destaque com a problematização sobre as práticas oferecidas em saúde, o aumento da produção científica sobre o tema e o mote da “*humanização dos serviços*”<sup>16</sup>. Segundo as autoras, as propostas de *humanização do serviço*, conformadas inicialmente como um programa voltado aos hospitais e, mais tarde, como uma política, aglutinaram parte das preocupações com a dimensão intersubjetiva e relacional do cuidado em saúde. Coexiste com essa abordagem aquelas mais racionalizadoras, voltadas à qualificação da clínica através da construção e implementação de diretrizes e protocolos que visam garantir os resultados assistenciais e a segurança dos pacientes. A contextualização do período no qual o questionamento referente aos cuidados oferecidos pelo SUS emergem, possibilita a visualização de um cenário que pouco favorecia a oferta de serviços pelo SUS, assim como punham em xeque a qualidade dos mesmos.

Cabe destacar, que a década de 90 foi marcada pela austeridade de um pacote econômico no governo Collor. Machado, Lima e Baptista (2017) destacam o impacto negativo para o SUS com cortes realizados em seu financiamento, o que gerou importantes consequências na oferta de serviços públicos de saúde. Segundo as autoras, em 1993, o Ministério da Saúde decreta “*situação de calamidade pública*”, em decorrência da interrupção do repasse de recursos do fundo previdenciário e a instabilidade de outras fontes. Apesar disto, políticas importantes

---

<sup>16</sup> A humanização dos serviços, instituída como política pública em 2003 através da Política Nacional de Humanização (PNH), traz em si alguns dilemas apresentados por Barros e Passos (2005). Os autores destacam certa imprecisão conceitual e fragilidade prática no embasamento de tal direcionamento para o SUS, pois ao mesmo tempo que propõe a produção de cuidado de forma singular, opera a partir da racionalidade administrativa, que se institui por meio do gerenciamento das práticas de saúde.

foram encaminhadas neste período, como a descentralização de parte do orçamento do Ministério da Saúde para que estados e municípios assumissem a política de saúde local.

A despeito das restrições orçamentárias e objetivando a melhoria na qualidade do cuidado dos serviços oferecidos pelo SUS, uma abordagem respaldada na racionalização das práticas tem início no Brasil. Autores como Portela, Lima, Martins & Mendes Jr. (2018) destacam que a qualificação do cuidado em saúde está atrelada à liderança organizacional, à padronização de processos de trabalho e às técnicas de controle estatísticos da qualidade. Os mesmos apontam a influência de dois movimentos ocorridos, um no Reino Unido e outro nos EUA, para a implementação de tal proposta no Brasil a partir da década de 90.

O movimento norte americano realiza uma abordagem da qualidade do cuidado, tomando-o como complexo e multidimensional, a partir de alguns objetivos a serem alcançados pelo sistema de saúde dos EUA: efetividade, oportunidade (resposta em tempo adequado), eficiência, equidade, segurança e centralidade no paciente. Tais objetivos se propagaram por outros países e realizaram influência direta sobre alguns sistemas de saúde.

Outro modelo que interviu na proposta apresentada por Portela, Lima, Martins & Mendes Jr. (2018) foi o da governança clínica. Este iniciou suas primeiras experiências no sistema de saúde inglês (National Health Service - NHS) no final de década de 90. O mesmo enfatiza que a cultura da qualidade assistencial só é garantida por meio de aspectos gerenciais atentos às especificidades financeiras de determinado sistema de saúde, que deverá visar a sua constante superação através de aumentos contínuos em seus patamares produtivos em termos qualitativos. Algo que lhe aproxima de determinados preceitos da lógica empresarial, tendo em vista a orientação gerencial e o planejamento oriundo da gestão privada (AZEVEDO et. al., 2018)

Gomes et. al. (2015) destacam que a partir do direcionamento fornecido pela governança clínica, o sistema de saúde é organizado em torno da articulação, regulação dos serviços e das práticas implementadas. O principal objetivo deste modelo seria a efetividade, eficiência e o estabelecimento de padrões de qualidade em âmbito nacional. Para tais autores, esta proposta traz consigo algumas tensões, que ressaltam os impasses entre controle/autonomia e normalização/singularização nos processos relacionados à gestão e ao cuidado nos serviços de saúde.

Em pesquisa sobre a produção de artigos científicos em torno do termo governança clínica no cenário brasileiro, Gomes et. al. (2015) ressaltam que os sentidos atribuídos a este tem predomínio de aspectos biológicos relacionados à saúde. Tais aspectos fornecem parâmetros específicos na orientação de protocolos e diretrizes clínicas, que não incluem

suficientemente dimensões importantes no processo saúde-doença, tais como os âmbitos subjetivos e sociais. Tal fato seria, para os autores mencionados, a maior limitação do modelo da governança clínica no Brasil.

Azevedo et. al. (2018) ressaltam que no Brasil, a partir da década de 60, as especialidades médicas ganham destaque na oferta de serviços hospitalares em contraposição às ofertas ambulatoriais. O que gera maiores articulações entre a indústria produtora de tecnologia material e a produção de serviços médicos. Acrescentam ainda que tal movimento favoreceu maior impessoalidade nas práticas de cuidado. Também apresentando uma leitura crítica acerca desse processo, a despeito do reconhecimento dos avanços e ganhos oportunizados por modelos de cuidado como a governança clínica, Ayres (2009) traz à cena o que chama de “*crise da saúde pública*” (AYRES, 2009, p. 17), abordando as limitações da racionalidade do modelo gerencial, associado à governança clínica, assim como as restrições do paradigma biomédico, com a hegemonia de aspectos biológicos e a crescente fragmentação do cuidado. Em seu trabalho sobre a integralidade e ampliação do cuidado, o autor enfatiza que sem a análise dos aspectos cotidianos, dos processos intersubjetivos que perpassam a relação profissional-usuário, bem como a centralidade no sujeito, não se faz possível a qualificação do cuidado.

Tais relações intersubjetivas, expostas por Ayres (2009) enquanto fundamentais na produção de cuidado, estão articuladas a determinados arranjos contemporâneos, que podem constranger o leque de recursos com os quais os profissionais podem atuar. Na mesma direção, pode-se dizer que:

(...) ao lado dos problemas de financiamento, das ainda baixas coberturas, da baixa resolutividade dos serviços(...) verifica-se a intensificação dos processos de banalização da dor e sofrimentos alheios, na sociedade e particularmente nos serviços de saúde, resultando em importantes constrangimentos e limites à garantia de qualidade da atenção. (AZEVEDO et. al., 2018, p.197)

Azevedo et. al. (2018) apontam para a baixa solidariedade e intenso individualismo na sociedade contemporânea e brasileira. As relações entre produção de cuidados e perfil da sociedade na qual vivemos serão retomadas adiante. Por hora cabe destacar o quanto a vida e o sofrimento alheio passam por intensa desvalorização, fato que não se restringe ao campo das políticas públicas de saúde.

Outra abordagem sobre os cuidados oferecidos em saúde, comentada por Azevedo et. al (2018), é a que propõe a ampliação da clínica e a centralidade deste processo no sujeito. Os

autores partem da análise da fragmentação do cuidado oferecido em hospitais e no processo de atenção à saúde, ainda com enfoque sobre aspectos biológicos no processo saúde-doença, alijando deste outros aspectos comportados na vida de um sujeito. Apesar dos autores trazerem um enfoque sobre as práticas hospitalares, podemos realizar algumas analogias interessantes com os cuidados oferecidos em outros serviços de saúde, de forma que sejam extensivas às práticas de saúde operadas nos serviços territoriais, tais como os CAPS. Nesta outra proposta de gestão do cuidado, os processos intersubjetivos entre profissionais de saúde e sujeitos assistidos passam a ocupar lugar de destaque na assistência ofertada.

Miranda (2013) destaca que a relação intersubjetiva entre os atores envolvidos no processo de produção de saúde também deve ser considerada no planejamento e nas práticas clínicas implementadas nos serviços, de forma a qualificar os indicadores trazidos por aspectos macrossociais, epidemiológicos. Apesar de considerar a mediação de recursos tecnológicos, teóricos e metodológicos nas práticas de saúde, a autora enfatiza que a subjetividade de profissionais e usuários está diretamente relacionada aos resultados obtidos. Tal fato indica algumas limitações dos modelos de planejamento e gestão atrelados somente à racionalização dos processos envolvidos na produção de saúde.

Sob esta abordagem clínica, a centralidade é posta no sujeito e nas relações que se produzem no efetivo encontro entre usuário e profissional de saúde. Ayres (2009) ressalta que tal modelo de cuidado requer maior flexibilidade técnica, qualidade na escuta e manejo singular do adoecimento daquele que demanda cuidados. Para o autor, a composição de diagnósticos e terapêuticas só tem validade quando vinculada à “*situação existencial*” (AYRES, 2009, p.25) do sujeito acolhido, pois senão ambos têm sua potencialidade reduzida devido a certa impermeabilidade das tecnologias utilizadas à singularidade de cada usuário.

Outro autor que também ratifica a necessidade de ampliação dos processos envolvidos no ato de cuidar é Merhy (2002). O autor problematiza determinados modelos assistenciais que se alicerçam exclusivamente na anátomo-patologia, sem considerar que a produção de saúde é um campo marcado por tensão, seja por parte dos trabalhadores, pelos diferentes interesses envolvidos nesta prática, pela relação estabelecida com os usuários, com o governo instituído, com os interesses de mercado. Sob esta perspectiva, o modelo de saúde se opera a partir de certas contratualidades entre atores sociais e políticos.

### 3.1.2 Arranjos tecnológicos no cuidado

Merhy e Franco (2003) discorrem sobre as tecnologias que compõe o cuidado ofertado em saúde. Tecnologias compostas por atravessamentos de diversas ordens, instrumentais, políticas, sociais, que imbricadas constituem determinado modelo assistencial. Os autores destacam duas categorias que compõe, articuladamente, a *Composição Técnica do Trabalho, o Trabalho Vivo e o Trabalho Morto* (MEHRY & FRANCO, 2003) . Dependendo dos aspectos que sejam privilegiados no cuidado ofertado, será favorecido um modelo mais normalizador e burocratizado ou modelos que viabilizem a construção de um cuidado mais singular.

De acordo com os autores supracitados, o cuidado em saúde opera a partir de um núcleo tecnológico que comporta Trabalho Morto e Trabalho Vivo. O primeiro está relacionado ao trabalho instrumental, sobre o qual já se aplicou um trabalho anterior para sua elaboração. Teríamos neste um âmbito mais normativo, relativo à padronização e aos protocolos a serem seguidos. Já o Trabalho Vivo se dá em ato, no fazer do cuidado que se estabelece na relação entre profissional de saúde e usuário do serviço. A articulação entre Trabalho Vivo e Trabalho Morto resultaria na Composição Técnica do Trabalho. Quando o Trabalho Morto predomina nesta composição, o modelo assistencial se caracteriza como médico hegemônico.

Segundo Merhy e Franco (2003), o modelo assistencial é formado por tecnologias materiais, que seriam as relacionadas aos instrumentos, e as tecnologias não materiais, referentes ao conhecimento técnico. As tecnologias inscritas nos instrumentos são identificadas como tecnologias duras, produzidas anteriormente para um determinado fim. Quando as relações do cuidado são produzidas no trabalho em ato, a partir de seu caráter relacional e assentadas no que os protocolos não suportam, temos as tecnologias leves. O conhecimento técnico comporta ambas tecnologias, uma mais estruturada (dura) e outra que se opera na forma como cada profissional faz uso do conhecimento na produção do cuidado, o que estaria no campo das tecnologias leve-duras.

O desenvolvimento dos modelos de atenção em saúde estiveram, em grande parte, assentados em tecnologias duras e leve-duras, muito em função dos interesses econômicos de grupos que atuam na saúde, como destacam Merhy e Franco (2003).

Os autores chamam atenção para a Composição Técnica do Trabalho em seu aspecto micropolítico, nas relações estabelecidas entre Trabalho Vivo, atrelado às tecnologias leves, e Trabalho Morto, que se aproxima das tecnologias duras e leve-duras. Cabe destacar que a comparação entre ambos Trabalhos não se deve à questão valorativa, ambos essenciais à produção de saúde. Mas é necessário recorrermos à ressalva de que o Trabalho Morto não

deveria se dar como hegemônico no processo de cuidado. Isso porque é no encontro, propiciado pelo Trabalho Vivo, que há possibilidade de construções singulares junto ao usuário, atento aos aspectos subjetivos, relacionais, políticos e culturais que atravessam aquele momento. É com o Trabalho Vivo que intervenções que comportam o acolhimento, a construção de vínculo e a responsabilização se tornam possíveis, favorecendo ao usuário caminhar em uma dada “linha do cuidado”(MEHRY, 2003) que lhe garanta a integralidade da atenção.

Cabe destacar que a forma de se produzir saúde pode mudar sem que o núcleo tecnológico seja alterado, mantendo o predomínio de tecnologias duras nesta produção (MERHY e FRANCO, 2003). Nestes casos, a estrutura assistencial vigente se mantém, do modelo médico hegemônico produtor de tecnologias, por mais que as políticas sanitárias apresentem novos formatos. Para que haja o que os autores denominam como Transição Tecnológica, se faz necessário que a correlação das tecnologias existentes seja alterada. Processo este que envolve construção social, política, cultural e econômica.

Segundo Merhy e Franco (2003), o Trabalho Vivo se apresenta enquanto potência instituinte<sup>17</sup> para a mudança do modelo assistencial. Tal mudança requer novas produções no núcleo do cuidado, possibilitando uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto. Neste processo é imprescindível a construção de “*linhas de cuidado*”, direcionadas para atender as necessidades dos usuários. Para que tais linhas operem será necessário a gestão eficaz da equipe de saúde, a pactuação de diversos gestores e a responsabilização pelo cuidado.

O conceito de tecnologias leves é imprescindível para pensarmos em dois pontos fundamentais que se articulam. Um relacionado à produção de saúde que efetivamente inclua o usuário, com suas necessidades, sua história de vida, capacidades e recursos socioculturais e subjetivos. E não de um cuidado sobre a doença ou sobre o sujeito forjado como um objeto, sem anseios e participação ativa nesta produção.

O outro ponto se refere aos novos arranjos, viabilizados pelas tecnologias leves, que deem passagem aos fluxos disruptivos no processo de produção de saúde, tão marcado por procedimentos burocratizados e alheios às necessidades de saúde, que por muitas vezes limitam o potencial de ação dos profissionais em suas práticas. Cecílio (2009) nos convida a pensar nas relações produzidas em encontros singulares no cuidado em saúde através do conto de Leon Tolstói, “*A morte de Ivan Ilitch*”. O conto ressalta a potência de produções possíveis nas práticas de cuidado, por vezes, desqualificadas pelos saberes instituídos e restritos à racionalidade científica.

---

<sup>17</sup> LOURAU, 1975.

As tecnologias leves, privilegiadas no Trabalho Vivo, favorecem o acesso às “linhas de fuga” (DELEUZE, 1998), construindo formas de lidar com o outro que além de produzir saúde, também possibilitam a emergência de problematizações sobre os saberes e fazeres instituídos, que nem sempre suprem as necessidades dos usuários atendidos. Sob esta perspectiva, o usuário/sujeito se torna central no processo de produção de saúde e de autonomização.

Assim, a micropolítica do fazer cotidiano torna possível a configuração de novos arranjos da relação de poder instituído na organização do trabalho. Relações estas que, por vezes, constroem determinadas produções, que passam a operar alheias aos reais processos da vida.

Ayres (2009), ao discorrer sobre as diversas categorias do cuidado, destaca que o cuidado se opera no encontro terapêutico propriamente dito, enquanto modo de interação nas e pelas práticas de saúde. O autor ressalta que os limites da cientificidade e sofisticação tecnológica se apresentam na desatenção aos aspectos psicossociais do adoecimento e na iatrogenia. Também ratifica que se faz imprescindível nos atentarmos para o modo como sujeitos e populações tomam as ações assistenciais propostas. Tais intervenções devem estar articuladas ao “*projeto de felicidade*”<sup>18</sup> de cada usuário, condição imprescindível para o “*êxito técnico e o sucesso prático*” (AYRES, 2009, p.139) das ações que envolvem o cuidado.

Ao abordar o tema do cuidado oferecido na assistência em saúde, Ayres (2009) integra o termo ‘clínica’ aos fatores orgânicos envolvidos neste processo, associando-o ao modelo biomédico, que não comporta uma visão ampliada do sujeito. Como apontado no início deste capítulo, dentre as diversas clínicas que se fazem possíveis, não utilizaremos o modelo biomédico como parâmetro para esta pesquisa, tendo em vista suas limitações, já apontadas anteriormente. Entretanto, o conceito de cuidado apresentado por Ayres (2009), apesar de toda sua potencialidade e riqueza, também não satisfaz as exigências da concepção de sujeito utilizada nesta pesquisa. A noção de clínica que balizará este trabalho comporta as dimensões do cuidado apresentadas por Ayres (2009), mas necessita ir além, tendo em vista que a concepção de sujeito que orienta a pesquisadora é o sujeito do inconsciente.

O sujeito do inconsciente é um conceito trabalhado intensamente ao longo da obra de Lacan (1949, 1953, 1957, 1958, 1964) e que deixaremos para abordar adiante. Por hora, cabe destacar que tal conceito aponta para o direcionamento da subjetividade justamente por aquilo que o ego não reconhece ou, como nos diria Freud (1917), que “*os processos mentais são, em si, inconscientes, e só atingem o ego e se submetem ao seu controle por meio de percepções*

---

<sup>18</sup> Projeto de felicidade aqui é tomado como um projeto existencial de cada sujeito assistido, a partir da concepção de vida ‘bem sucedida’ para cada um. (AYRES, 2009, p.140/141)

*incompletas e de pouca confiança*”(FREUD, 1917, p.153). Desta forma, o sujeito do inconsciente comporta dimensões que extrapolam o campo do cuidado, que, por sua vez, se atém aos processos que gravitam em torno da consciência.

Cabe ressaltar que a despeito da intensa imbricação entre cuidado e clínica, há especificidades que distinguem ambos. Considero que a clínica nos convoca para a construção de um determinado trabalho que atravessa o cuidado mesmo quando este não a considera em suas ações.

### 3.1.3 Clínica do sujeito

O conceito de clínica, e não de cuidado, é adotado por Campos (2003) quando este também se remete à crise da medicina moderna, propondo o que denomina por *ampliação da clínica*. Sob tal perspectiva, o autor enfatiza a urgência da clínica contemporânea esgarçar seus limites teóricos e práticos nos processos que envolvem a produção do cuidado em saúde. Desta forma, Campos (2003) propõe a reformulação e a ampliação da clínica operada a partir do modelo biomédico.

Em sua proposta de ampliação da clínica, Campos (2003) recorre à experiência e produção teórica de alguns autores, dentre estes Basaglia, que ao se deparar com os efeitos do saber e práticas da psiquiatria sobre os internos de instituições manicomial italianas, ressaltou a necessidade de se construir novas formas assistenciais de se lidar com a loucura. Neste processo, Basaglia (1991) apontou a necessidade de se colocar a doença entre parênteses, em suspenso, mas não no sentido de negá-la e sim dando visibilidade ao sujeito que ali estava. Sujeito este não reduzido à doença, mas composto por múltiplas dimensões.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente. (AMARANTE, 1996)

Campos (2003) reposiciona a ênfase no que considera o sujeito concreto do cuidado, em sua totalidade e levando-se em conta os atravessamentos de ordem biológica, psíquica, sociocultural que comporta. Aponta que intervenções desnecessárias<sup>19</sup> são iatrogênicas e em nada favorecem a melhora da relação qualitativa do sujeito com o mundo. Também destaca que

---

<sup>19</sup> Intervenções desnecessárias comportam o excesso de uso de técnicas diagnósticas, procedimentos clínicos invasivos impostos ao paciente, sem que este lhes confira validade, entre outros.

ignorar as inter-relações do sujeito com o mundo gera um empobrecimento da clínica, o que diminui sua capacidade de responder aos problemas triviais do cotidiano clínico.

Tal como apontamos na justificativa deste trabalho, a clínica comporta em si uma contradição que a estrutura enquanto *ciência e arte* (Campos, 2003), já que admite saberes e procedimentos padronizados, mas também abertura aos processos criativos.

Campos (2003) ressalta que sua proposta não faz referência à Clínica, mas as clínicas que se apresentam e se tornam possíveis nas rotinas dos profissionais de saúde. Assim, anuncia três categorias principais sob as quais a clínica geralmente se apresenta, sem com isso objetivar uma certa padronização de modelos clínicos que não possuem interseção entre si.

Teríamos a Clínica Oficial, também chamada Clínica clínica, que toma seu objeto de estudo a partir de um enfoque biológico, com pouca ou nenhuma abordagem sobre as dimensões subjetiva e social. Para Campos (2003), tal abordagem acarreta saberes e práticas marcadas por um enfoque mecânico, que privilegia a doença e, por vezes, um indivíduo fragmentado. Sem conseguir articular e incluir a noção de interdependência que compõe todas as partes de um mesmo indivíduo. Tal reducionismo de seu objeto, incita a multiplicação de especialistas, que buscam de maneira isolada e pouco eficiente responder a demanda curativa. Demanda esta que não fornece o mesmo destaque para os aspectos relacionados à prevenção e promoção da saúde.

Como consequência do exercício predominante dessa clínica (...) percebe-se, no dia-a-dia, grau cada vez maior de alienação de seus agentes (de cuidado) em relação aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados. Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldades para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social. (CAMPOS, 2003, p. 62)

Outro modo de exercício clínico apontado por Campos (2003) é a Clínica Degradada. Esta teria limites externos impostos por contextos socioeconômicos pouco favoráveis ao exercício da Clínica Oficial. Neste contexto, a baixa eficácia das práticas não está atrelada à clínica em seus parâmetros “oficiais”, mas aos interesses econômicos, corporativos e políticas de saúde pouco eficientes. Na Clínica Degradada, segundo Campos (2003), o interesse econômico de organizações, bem como a lógica política de interesses se sobrepõe à lógica sanitária do bem comum. O autor nos adverte que tais fatores não anulam as limitações da Clínica Oficial, com sérios problemas em sua estrutura, como visto anteriormente.

Campos (2003) sugere, então, uma ampliação no modo de conceber e exercer a clínica: é o que ele chama de Clínica Ampliada, a qual deve ter como um de seus objetivos lidar com os impasses que a Clínica Oficial mal reconhece e, também por este motivo, não se propõe a

resolver. Outro ponto de destaque seria a superação da fragmentação entre o que seria da ordem do biológico, do subjetivo e do social, operando-se a partir de uma lógica ampliada e constantemente problematizada. Trata-se de uma proposta que exige um novo posicionamento e articulação entre profissionais e equipes responsáveis pelo cuidado.

Cabe apontar que Campos (2003) enfatiza que a Clínica Ampliada comporta a doença, o contexto e o sujeito, com todos os atravessamentos que estas dimensões admitem. Sob tal perspectiva, o campo de regularidades e parâmetros, mais ou menos seguros, da Clínica Oficial, não nos fornece respostas satisfatórias, pois a Clínica Ampliada se abre para a imprevisibilidade da vida cotidiana de sujeitos reais. O saber “seguro” e atrelado às estruturas terá de ser substituído pelo reconhecimento das limitações de qualquer saber, que terá sempre de ser reconsiderado perante cada sujeito.

Desta forma, a Clínica Ampliada exige ações com maior interatividade entre os saberes, bem como a produção de um trabalho coletivo, o que aponta para a impossibilidade de um único saber responder as demandas apresentadas pelo sujeito no processo de produção de saúde. Por isso, a ressalva de Campos (2003) em relação à importância dos projetos terapêuticos<sup>20</sup> construídos coletivamente, incluindo os diversos saberes que compõe uma equipe multiprofissional, bem como o saber que o próprio usuário/sujeito detém.

### **3.1.4 Aproximações da psicanálise com a clínica da Atenção Psicossocial**

O conceito de ampliação da clínica, apresentado por Campos (2003), favorece nossa análise sobre o modelo da atenção psicossocial proposto pela RP. Cabe lembrar que o movimento que se instaura a partir do final da década de 70, com uma radical crítica ao modelo asilar, tem como um de seus pontos centrais o questionamento do saber e da clínica médica/oficial na assistência prestado aos loucos (AMARANTE, 1995).

Fruto de longo e complexo processo de luta pela RP, assim como da institucionalização do SUS, a promulgação da lei 10216/2001 fornece aparato legal para a reorientação do modelo assistencial, que passa a ser norteado pela atenção psicossocial.

Segundo a referida lei, o tratamento oferecido em saúde mental deverá ser realizado preferencialmente em serviços comunitários de base territorial. Em tal proposta o conceito de

---

<sup>20</sup> O Projeto Terapêutico Singular é uma construção entre equipe cuidadora e usuário que objetiva o direcionamento do trabalho a ser realizado. Nele as intervenções tomarão como base a clínica ampliada e a singularidade de cada sujeito. (BRASIL, 2007, p. 40)

clínica ampliada ganha terreno, na medida em que o louco passa a fazer uso de serviços que devem considerar aspectos que não se limitem à sua anatomo-patologia.

Desta forma, novas dimensões se inserem no tratamento a ser oferecido, tais como as contidas no conceito de território e rede (LEAL & Delgado, 2007), pois a proposta da atenção psicossocial de reconstrução dos agenciamentos entre sociedade e loucura só é possível por meio de um trabalho de base territorial.

Segundo Santos (2002), a noção de território utilizada pela saúde mental se respalda na exploração do tema pela Geografia crítica, e não se restringe a um espaço físico delimitado, incluindo também pessoas, instituições, relações de poder, percursos históricos e afetos nele existentes.

Cuida-se agora de reconhecer a inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre sociedade e espaço geográfico, no presente como no passado e futuro. Desse modo, o território é visto como um palco, mas também como um figurante, sociedade e território sendo simultaneamente ator e objeto da ação. (SANTOS, 2002, p.100)

É no território que o CAPS poderá se inteirar dos referenciais culturais, econômicos, simbólicos que norteiam a vida das pessoas que ali residem. Esse novo arranjo possibilita que os serviços acessem o que é produzido em termos de conflitos, relações de exclusão e empatia com a loucura em um determinado arranjo social (NICÁCIO, 1994).

Para Leal & Delgado (2007), o cuidado possibilitado pela clínica da atenção psicossocial resulta da relação entre o sofrimento apresentado pelo usuário, o serviço e a comunidade. Para os autores, a inserção da noção de território neste modelo clínico faz com que o cuidado não se limite à doença, mas comporte também o sujeito que sofre e seu modo específico de sofrer, que é construído a partir de sua relação social.

Outro conceito importante para o campo da saúde mental é a noção de rede, que também deve ser tomada em sua dimensão política, social e afetiva, e está diretamente associada ao território. As redes são tecidas enquanto linhas que preenchem um território, devendo ser visualizadas como constantes fluxos, que se articulam e desarticulam, conforme as relações que se estabelecem em um determinado território (LEAL & DELGADO, 2007).

De acordo com a abordagem clínica proposta pela atenção psicossocial, o direcionamento do cuidado que será oferecido partirá dos atravessamentos que compõe determinada história de vida, privilegiando aspectos singulares de sua existência. Entretanto, Leal & Delgado (2007) destacam que o sujeito não se define exclusivamente

por uma interioridade psíquica, pois esta, assim como toda a singularidade desse sujeito, são conformadas e constantemente atravessadas pelas experiências próprias de momentos datados historicamente, bem como da conjuntura territorial da comunidade a qual pertence. Para os autores, este modelo clínico busca superar a dicotomia entre sujeito e sociedade, articulando dois conceitos que, por vezes, são apresentados como dicotômicos. Sob esta lógica, indivíduo e sociedade estão imbricados em um campo que impossibilita sua dissociação.

Onocko Campos (2001), Leal & Delgado (2007) advertem-nos sobre o fato da clínica da atenção psicossocial não tomar como objetivo a priori aspectos funcionais de um modelo pautado na reabilitação, o que se aproximaria de uma adaptação do sujeito ao meio, pré-estabelecendo os possíveis modelos de enquadramento no mundo. Tal abordagem clínica, ao desconsiderar aspectos particulares ao sujeito, estaria reproduzindo um modelo ortopédico de tratamento, respaldado em um direcionamento clínico normativo.

Segundo Leal & Delgado (2007), a clínica da atenção psicossocial deve garantir recursos e espaços para a ressignificação do que o sujeito apresenta como seu modo de estar no mundo, sem que este seja desqualificado e anulado na tentativa de restituição a um suposto estado de “normalidade”.

O relato de bem-estar e a avaliação de melhora da perspectiva de quem vive o adoecimento mental grave não estão, deste modo, necessariamente na dependência da eliminação de sintomas considerados graves por quem cuida, tais como delírios, alucinações ou isolamento. Em geral o reconhecimento de melhora se dá quando, a despeito da irredutibilidade de tais sintomas, eles foram *experienciados* de outra forma. (LEAL & DELGADO, 2007, p. 144)

Tal configuração clínica, com a possibilidade de abertura para o sujeito que se apresenta, com todas as suas peculiaridades e desejos, também se faz possível com a inserção da psicanálise no vasto campo que compõe a atenção psicossocial. Esta comporta uma diversidade de abordagens teóricas, mas nesta dissertação privilegiamos a psicanalítica sob as óticas de Freud, Lacan e todas mais que se fizeram necessárias, para pensarmos nos modelos clínicos operados em CAPS que se apresentam, por seu próprio objeto, marcados pela complexidade, tensão e constantes conflitos. A escolha pela psicanálise se deve ao fato da pesquisadora trabalhar e se formar sob tal orientação<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> A exposição da influência exercida pela psicanálise na prática e no estudo da pesquisadora se deve aos pressupostos metodológicos presentes neste trabalho, orientados pela hermenêutica filosófica. Para esta os referenciais que balizam os pré conceitos do pesquisador necessitam ser indicados não para direcionar a pesquisa, mas para dar ciência ao leitor do referencial do qual se parte. No capítulo referente à metodologia desta pesquisa nos deteremos nas sutilezas da hermenêutica filosófica, base epistemológica da metodologia utilizada.

Dentre as bandeiras hasteadas pela RP, ganha destaque a luta pela cidadania do louco, com o reconhecimento de seus direitos civis (AMARANTE, 1995). Pauta de extrema relevância na construção de novos agenciamentos sociais com a loucura. Contudo, tais construções também irão se dar no caso a caso, com cada sujeito que demande atenção por seu sofrimento psíquico. Neste sentido, a clínica da atenção psicossocial pode recolher frutos da produção que a psicanálise nos apresenta. Até porque a psicanálise é uma das orientações que sinaliza que há algo além do usuário enquanto cidadão. Assim, a sustentação do usuário como sujeito<sup>22</sup> no CAPS, que comporte sua dimensão inconsciente, se faz possível pela psicanálise<sup>23</sup>, que confere ao sujeito o direito ao exercício da singularidade e não só da cidadania (ALBERTI, 2008).

Freud (1912) ao postular o inconsciente enquanto principal marca de um sujeito dividido, apresenta-nos uma dimensão que se organiza por uma lógica que não coincide com a consciência, e que compromete o sujeito na formação de seu sintoma. Sintoma que na teoria psicanalítica (FREUD, 1926) não se limita ao que é do campo patológico, mas traz em si o que é próprio de cada sujeito e das construções subjetivas que lhe foram possíveis em sua forma de se relacionar com o mundo.

Cabe destacar, que em tais construções sintomáticas, que se apresentam como singulares, está incluída a história de vida de cada sujeito, com todos os atravessamentos que esta comporta. É neste sentido que Freud (1921) ratifica que toda psicologia é social, na medida em que o indivíduo não se dissocia do social. Tal assertiva freudiana põe o social em questão na clínica psicanalítica, apesar desta demarcar seus limites de ação. Segundo Alberti et. al. (2010), a psicanálise não se faz alheia aos aspectos sociais e ao mal estar na cultura, mas sabe que não tem como responder a tal demanda. *“Assim, sua aposta também na saúde mental é de que cada sujeito pode se ocupar de dar conta do seu mal estar, em particular, na cultura.”* (ALBERTI et. al, 2010, p.14)

Caberá então a cada sujeito apontar um direcionamento único na construção do cuidado que lhe será oferecido. Será o sujeito que indicará sob qual percurso, se em movimentos individuais ou coletivos, associados ou não aos serviços de saúde, será tecida sua clínica e isso, sob a ética da psicanálise, tem se ser respeitado!

Dentre alguns pressupostos fundamentais para psicanálise e para a compreensão que rege a concepção de sujeito do inconsciente, apontaremos conceitos apresentados por Freud e

---

<sup>22</sup> Refiro me ao sujeito do inconsciente. (LACAN, 1949)

<sup>23</sup> Incluo a psicanálise como uma das orientações que toma a singularidade de cada sujeito enquanto parâmetro para as intervenções propostas, o que não lhe garante certo status de exclusividade quanto à esta questão.

Lacan para demarcar certos parâmetros tomados no trabalho da pesquisadora, sem qualquer pretensão de discorrer profundamente sobre as questões que norteiam a teoria psicanalítica.

Freud (1917) inclui o inconsciente como uma das três grandes feridas narcísicas da humanidade, junto a descoberta de Copérnico, de que a Terra não é o centro do universo, e as proposições evolucionistas de Darwin, que incluem o homem como mais um na escala evolucionista entre as espécies animais. Ao afirmar que “*o ego não é o senhor da sua própria casa*”(FREUD, 1917, p.153), Freud reconhece a importância dos processos mentais inconscientes no direcionamento do que rege o ego. Apesar do autor inserir a questão do inconsciente na psicanálise, é Lacan (1949, 1953, 1957, 1958, 1964) quem se debruça sobre o estudo do sujeito do inconsciente.

Lacan (1956) nos convoca a refletir sobre a noção do *eu* a partir da descoberta freudiana do inconsciente, que “*escapa totalmente a este círculo de certezas no qual o homem se reconhece como um eu*” (LACAN, 1985, p.15). Seguindo os indícios deixados por Freud (1923) de que o eu se apresentaria enquanto instância psíquica intimamente imbricada ao supereu e ao id, Lacan sinaliza a não coincidência entre o eu e o sujeito.

Freud, ainda em 1895, em seu Projeto para uma psicologia científica, já questionava o centramento da razão no funcionamento psíquico, apontando para a não unidade do ser. Desta forma, o autor interroga o eu como lugar da verdade do ser, na medida em que as formações do inconsciente (esquecimento, ato falho, sonho, chiste, lapso) denunciam que o eu não garante o total controle de suas representações.

Lacan (1949) questiona o centramento do eu numa experiência consciente e o cogito cartesiano, racional e indivisível, retomando o fio deixado pelo trabalho de Freud. Para Lacan (1949), a constituição do eu, não coincidente ao sujeito do inconsciente, se daria por uma construção imaginária, possível a partir da relação com a imagem do outro. Neste sentido, o eu é fruto de uma relação especular com o outro. Tal processo se dá na operação do que Lacan (1949) denominou de estágio do espelho, antes do qual a criança não teria uma imagem unificada de si mesma. A unidade corporal seria forjada a partir de um corpo esfacelado. Desta forma, o outro funcionaria como um espelho, que possibilitaria a antecipação da futura organização motora da criança.

Com o avanço de sua teorização sobre o sujeito, Lacan (1958) constata que a construção imaginária não comporta a constituição do sujeito, que necessariamente será atravessada pelo campo da linguagem. De forma sucinta, podemos identificar o registro simbólico como aquele que comporta o campo da linguagem, no qual advém um sistema de representações respaldado em cadeias significantes que permitem ao sujeito nomear o mundo, bem como sua própria

experiência. Segundo a teoria lacaniana (1958), a linguagem possui função estruturante na determinação do sujeito, que advém a partir dos significantes que lhe nomeiam desde de o seu nascimento. São tais significantes, através do desejo da mãe e da interdição do Pai<sup>24</sup>, que lhe possibilitarão uma determinada estrutura subjetiva.

Segundo Lacan (1958), o sujeito será marcado pela linguagem, alienado no significante que o constitui. A castração, exercida pelo Nome do Pai, possibilita que a criança não se identifique como objeto de desejo da mãe, o que instaura o sujeito barrado, dividido. Para o autor, o sujeito só tem sua emergência pela divisão, que funda o inconsciente e não confere equivalência entre indivíduo e razão.

Lacan (1964) identifica os primórdios da noção de sujeito na teoria pulsional freudiana. Sobre a pulsão, Freud afirma:

(...) conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (FREUD, 1915, p. 127)

É a pulsão que orienta a psicanálise na concepção do sujeito como o que extrapola o campo da biologia e não se identifica ao instinto, que já traz em si um comportamento e um objeto pré definidos para sua satisfação. Freud (1915) identifica a pulsão enquanto conceito fronteiro entre a dimensão somática e psíquica. Neste sentido, a dicotomia apresentada entre esses dois âmbitos se desfaz, pois ambos não apresentam independência entre si, mas operam a partir da sua articulação.

Freud (1915) toma a pulsão como um estímulo interno aplicado ao aparelho psíquico, desestabilizando a tendência à inércia e exigindo um trabalho para suprimir o desequilíbrio tensional provocado. Enquanto estímulo interno constante, que não possibilita fuga motora para tal tensão, produz circulação interrupta de um circuito pulsional que tem sua fonte no eu, dirige-se ao objeto e retorna ao eu, produzindo-se algo novo ao término deste movimento circular. Para Lacan (1964), o esboço da teoria do sujeito emerge com a teoria pulsional freudiana, tomando o sujeito como efeito da pulsão e o diferenciando do eu.

---

<sup>24</sup> Pai se refere à função paterna nomeada por Lacan (1958) como Nome do Pai. Tal função de interdição garante que o sujeito não se limite a ser objeto de desejo da mãe. De acordo com a teoria lacaniana, o acesso à ordem da linguagem só é possível pela instauração da metáfora paterna, por uma primeira substituição do significante do desejo da mãe pelo significante do Nome-do-Pai. Lacan (1958) ressalta que a metáfora paterna é uma necessidade da cadeia significante, sendo algo situado no registro simbólico que nos permite nomear nossas experiências a partir de um determinado eixo, chamado de significação fálica.

Após estes comentários breves sobre os parâmetros utilizados pela psicanálise através das teorias de Freud e Lacan, gostaria de apontar as contribuições da psicanálise no cotidiano da clínica operada em CAPS.

Sobre a função do psicanalista na sustentação da relação entre a psicanálise e a saúde mental, Figueiredo & Alberti (2006) destacam que:

[...] a aposta na causa freudiana, de que o desejo – índice da presentificação do sujeito – é a Fenix que sempre renasce por maiores que sejam as dificuldades que encontramos e cujas etiologias vão desde a falta de recursos até a cientificização dos discursos, passando pelas dificuldades do trabalho em equipe, a resistência ao tratamento, os interesses econômicos que nem sempre levam em conta o sujeito e a reação terapêutica negativa, para citar somente algumas. (FIGUEIREDO & ALBERTI, 2006, p.9).

A demanda apresentada ao psicanalista em um serviço de saúde mental não pode ser respondida do mesmo lugar no qual nos encontramos no acompanhamento de uma análise tradicional (RINALDI, 2008). No campo da atenção psicossocial, lidamos com uma clínica que impõe a conjugação de diferentes saberes e práticas, tendo em vista a complexidade do que se apresenta no cotidiano dos CAPS.

Rinaldi (2008) destaca que os referenciais analíticos sustentam um trabalho que deve favorecer a passagem do sujeito e de suas escolhas. Um referencial que seja, ao mesmo tempo, orientado pelo “discurso do analista” (LACAN, 1969), que deverá exercer seu trabalho junto as demais ofertas terapêuticas de um CAPS.

Ao contrário do discurso do mestre, que parte do Um que ordena, o discurso do analista parte da falta desse UM<sup>25</sup>, pois sua efetividade depende da sustentação pelo analista de um lugar vazio – de um nada– de onde se dirige a um sujeito para que ele se produza nos intervalos de seu discurso. Para isso, o analista deve colocar seu saber em reserva, oferecendo uma escuta aberta ao imprevisível da fala de um sujeito convocado ao trabalho, seja na análise com cada sujeito, seja na discussão em equipe na instituição. (RINALDI, 2008, p.37)

Lacan (1969) destaca que o discurso do analista não só fornece sustentação a um vínculo específico, como também promove a circulação dos discursos. Na medida em que parte de um não-saber que norteia o discurso, problematiza as certezas e viabiliza produções que comportam uma multiplicidade de saberes. Assim, o não-saber sustentado pelo analista garante um vazio em torno do qual os demais saberes serão convocados a trabalhar. Rinaldi (2008) pontua que o

---

<sup>25</sup> Ao discorrer sobre o conceito de Um em Lacan, Cardoso (2010) apresenta duas concepções que se articulam. A primeira concepção aborda o Um do vazio do sujeito, marcado pela repetição pulsional e definido como o real do sujeito. Outra forma de abordagem sobre o Um diz respeito à identidade do sujeito, como Um unificante, do traço unário, que garante a ilusão de autonomia do sujeito.

não-saber favorece que a equipe do serviço se posicione de forma mais receptiva às construções clínicas demandadas pelos desafios colocados por cada caso, bem como sejam incitados a uma constante reformulação da clínica que operam.

Ao tomar a escuta do sujeito enquanto recurso fundamental para o direcionamento do trabalho, o analista evidencia o sujeito que emerge pela fala. Mas também é possível que o sujeito se presentifique como o outro ao qual o discurso do psicanalista se dirige. Este seria, segundo Alberti et. al. (2010), um papel imprescindível para o psicanalista que atua no campo da saúde mental. Junto aos demais profissionais, que compõe a equipe de um CAPS, o psicanalista deverá sustentar o lugar de fala e reconhecimento de desejo de cada sujeito.

Alberti et. al. (2010) ressaltam que caberá ao desejo do psicanalista, através dos encontros para discussão de casos, a responsabilidade de transmitir para os demais integrantes de uma equipe a posição assumida por cada sujeito em tratamento no serviço.

É um tipo de atividade que cria a possibilidade de que em alguns momentos possa vigorar o discurso do psicanalista, pois o psicanalista que ali atua está como agente do discurso, como objeto a causar o trabalho analítico, permitindo que o sujeito na posição do outro rememore, repita e elabore suas próprias questões a partir do que o determina em sua singularidade. E todos os profissionais envolvidos acabam por construir um saber sobre o encaminhamento possível para cada caso. (ALBERTI et. al., 2010, p.14)

Sob tal perspectiva, o discurso do psicanalista não requer uma especialidade, mas visa maior engajamento dos profissionais nas construções clínicas a serem frequentemente reinventadas, bem como despertar na equipe o interesse pela fala do sujeito. (RINALDI, 2008)

O psicanalista em uma equipe multidisciplinar é aquele que ouve e convoca, mais do que determina a orientação que se deve seguir. Pois ao permitir a emergência do sujeito, com tudo que há de mais radical neste processo, ele deve possibilitar que o próprio sujeito lhe guie na construção de uma trajetória que sustente o seu lugar no mundo. Tal qual apresentado por Campos (2003), este direcionamento também favorece a proposta de ampliação da clínica a partir das especificidades e possibilidades de cada sujeito, bem como reconhece a necessidade de um constante questionamento dos saberes que se apresentam, que sempre terão de ser validados perante os impasses identificados. Sob tais parâmetros as equipes poderão garantir que as *“linhas de cuidado”* (MERHY, 2003) efetivamente incluam o sujeito que emerge, que não se esgota nas demandas apresentadas pelo próprio usuário, familiares ou demais atores da rede ao CAPS. Para que equipe e usuário sejam postos em trabalho, faz se necessário que o acompanhamento no CAPS favoreça o levantamento de questões próprias a cada sujeito.

Entretanto, tal movimento só se faz possível quando a equipe não utiliza respostas antecipadas para lidar com a singularidade de cada caso.

### 3.2 ALGUNS ASPECTOS SOBRE A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

A forma pela qual as ofertas clínicas se presentificam nos CAPS também se relacionam a uma determinada conjuntura sociocultural, política e econômica, viabilizada pelas características da sociedade brasileira contemporânea. Desta forma, a análise dos modelos clínicos operados em CAPS não se faz sem sua concomitante contextualização.

Delgado (2019) sinaliza as medidas tomadas pelo governo Temer no ano de 2016, e perpetuadas pelo governo Bolsonaro, como marco para o que considera o início do retrocesso no campo das políticas públicas de saúde mental.

Com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás. (DELGADO, 2019, p.1)

Como visto anteriormente, o atual cenário das políticas públicas relacionadas ao campo da saúde mental aponta para novos direcionamentos. Apesar de existir certo aceite sobre o ano de 2016 como aquele que marcou o início da mudança de rumos, do que tínhamos até então, quando temos como referência o movimento reformatório brasileiro, não podemos tomar tal processo de forma tão estanque. Apesar de Delgado (2019) apresentar o marco supracitado, outros autores observam a necessidade de considerar limitações às propostas da RP anteriores ao ano de 2016.

Algo sobre a produção de um novo desenho para o campo da saúde mental já se esboçava em anos anteriores a 2016. Onocko Campos (2019) destaca que desde 2011 a expansão dos serviços comunitários está inerte. A autora aponta pesquisa desenvolvida no ano de 2008 que já anunciava ressalvas sobre os serviços substitutivos no Brasil. Dentre estas o caráter imprescindível do aumento do financiamento para tal área, bem como a expansão da rede que se dispunha até o referido ano. A portaria 3588/2017, elencada pela autora enquanto importante sinal do retrocesso em marcha no Brasil, preconiza intervenções biomédicas em detrimento das psicossociais. Também institui os CAPS AD IV, que favorece o aumento do financiamento público para as comunidades terapêuticas, bem como aumenta o valor das

internações em hospitais psiquiátricos de acordo com seu tamanho, incentivando tal intervenção em hospitais de grande porte.

Leal & Ferrari (2019) destacam que a Associação Brasileira de Psiquiatria assumiu postura reacionária aos preceitos da reforma no ano 2000. E, atualmente, apoia as normativas instituídas pela Nota Técnica nº11 de fevereiro de 2019, emitida pelo Ministério da Saúde para esclarecer os novos moldes da política de saúde mental. Trata-se de um apoio que favorece o desmonte das políticas públicas de saúde mental vigentes até então.

O governo Bolsonaro segue com intensidade o plano de ataques contínuos à RAPS iniciada pelos governos anteriores. O último golpe contra as políticas públicas de saúde mental se deu em dezembro de 2020, quando através de pronunciamento do Ministério da Saúde o governo propôs a revogação de portarias editadas entre 1991 e 2014, como exposto na justificativa deste trabalho. Os entres ao campo das políticas públicas de saúde mental atravessam os sistemas legislativos e executivos com reverberações nas redes municipais que comportam os CAPS (ONOCKO CAMPOS, 2019).

Tais transformações não se limitam ao campo da saúde mental, mas apresentam seus traços em áreas diversas das políticas públicas, com reverberações na qualidade do serviço oferecido à população<sup>26</sup>. Em nossa pesquisa enfocamos os CAPS, que marcados pelo subfinanciamento que atinge as políticas públicas que o envolvem, apresentam certa limitação em suas estratégias de intervenção em meio à escassez de recursos básicos para o seu funcionamento. Assim, há serviços sem água potável, material para as oficinas, alimentação para os usuários, telefone<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup>CASTRO, M.C. et. al. SUS no Brasil: os primeiros 30 anos e perspectivas futuras In: Lancet, Health Policy vol. 394, Issue 10195, p.345-356, julho, 2019.

<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/07/PIIS0140673619312437.pdf> Acesso em 02/01/20

<sup>27</sup> Em 14/12/19, em meio a chamada “crise” na saúde do município do Rio de Janeiro, foi divulgada uma carta pública pelo Coletivo Trabalhadores do CAPS III Maria do Socorro Santos\_Rocinha (Anexo 1). A carta denunciou a drástica redução do quadro técnico, dois meses de atrasos salariais, a falta de medicamentos e de recursos básicos para o funcionamento do cotidiano no serviço. Diante deste quadro a assistência prestada foi reduzida e o CAPS fechado temporariamente.

Em 2018, o município de Itaguaí não supriu os CAPS da cidade com materiais para as oficinas, o serviço também não dispunha de água potável, refeições para os usuários, papel higiênico nem telefone. No ano de 2019, por diversos meses, os CAPS do município só funcionavam em um turno, por falta de alimentação para os usuários. <https://globoplay.globo.com/v/7173818/> acesso em 02/01/20. (Anexo 2)

Em contato com os CAPS de outros municípios, devido a minha rotina de trabalho, tais informações são ratificadas e se avolumam. Assim, em meado de 2019 o CAPS de Itaboraí ainda não dispunha de telefone e o acesso dos usuários às oficinas é organizado a partir da disponibilidade de insumos para a realização das mesmas. No ano de 2018, um dos CAPS de Niterói trabalhou por um período sem a admissão de novos casos, tamanha a precarização dos vínculos empregatícios, redução e rotatividade do quadro de profissionais, que não permitia a continuidade do trabalho.

Em visita institucional realizada no final de 2015 ao CAPS AD de Nova Iguaçu, encontramos o equipamento sem placa de identificação, com portas e janelas quebradas, grande parte do reboco das paredes e do teto haviam caído,

Em meio a precarização se faz necessário analisarmos a interferência de tamanha escassez nos cuidados ofertados em CAPS. Para tanto utilizaremos alguns parâmetros apontados por Orlandi (2002) para tal discussão. O autor nos apresenta o conceito de sucateamento enquanto um subproduto da estratégia de produção dominante, direcionado até para os elementos fundamentais à manutenção da existência, tais como o ar, a água, luz solar, solo e demais bens naturais, renováveis ou não. Para o autor, o paradoxo contemporâneo é marcado pelo que define como finito ilimitado, que seria a possibilidade de infinitas combinações com elementos finitos. Um exemplo ao qual o autor recorre são as pesquisas relacionadas ao código genético, com as bases do DNA limitadas em sua estrutura com infinitas possibilidades de combinações. Para Orlandi (2002), o capitalismo contemporâneo ancora sua base de produção em forças criativas que, a princípio, não garantem os resultados de suas infinitas articulações. Apesar de se orientar pela axiomática da expansão-acumulação, tais forças, identificadas pelo autor como “*forças do fora*”, não garantem, de antemão, que os resultados almejados serão alcançados. Desta forma, a potência estaria centrada na inventividade que aponta para a expansão e acumulação enquanto mote do sistema capitalista, que captura a criatividade em sutis mecanismos de controle.

Neste processo, o uso excessivo e indiscriminado dos recursos naturais, assim como a produção de lixo superior à capacidade de absorção e reposição da biosfera, leva ao sucateamento da humanidade, sem a garantia da manutenção de bens essenciais à subsistência (ORLANDI, 2002).

Tal forma de operar do capitalismo contemporâneo é analisada a partir de uma apropriação real da natureza. Mas Orlandi (2002) destaca seu caráter extensivo à força humana/força de trabalho, marcada pela desqualificação, mal remuneração e degradação das condições para sua atuação. Assim, o autor pontua as consequências dessa estratégia de produção dominante nos serviços públicos, marcados por sua crescente precarização.

Leal e Ferrari (2019) afirmam que a sociedade brasileira, assim como a maior parte do mundo, sofre influência hegemônica da articulação entre ciência e capitalismo. Associado a tal imbricação, as autoras trazem o liberalismo globalizado, a mercantilização dos modos de vida e a crescente individualização como base para as relações sociais, marcadas pelos interesses vigentes do mercado global. Sob tal aspecto “*a técnica não vem como continuidade da ciência, mas a impulsiona para o laço social capitalista que, por sua vez, se apropria do sujeito, da verdade, dos saberes e da produção, rompendo seus limites*” (LEAL & FERRARI, 2019, p. 423).

---

restringindo a circulação de usuários e profissionais em um serviço que se encontrava em funcionamento, porém com suas atividades reduzidas.

Assim como Orlandi (2002), Leal e Ferrari (2019) ratificam a introdução do ilimitado pelo modo de produção contemporâneo, que toma o mundo como cenário para as infinitas articulações entre saberes e práticas que deverão atender à axiomática capitalista.

Bauman (1999) discorre sobre os novos arranjos sociais como marcados pelo que chama de liquidez, referindo-se ao que é próprio do estado líquido, que não tem uma forma definida, como os sólidos, e que possibilita maior fluidez a tais arranjos. Para o autor, essa conjuntura, longe de viabilizar uma real abertura ao que é próprio à multiplicidade, traz em si uma lógica rígida sob a qual as relações devem se estabelecer e que não favorece qualquer liberdade de escolha. Lógica marcada pelo que o autor chama de “*nexo dinheiro*” e oblitera outras formas de articulação que deveriam prevalecer nos laços subjacentes às relações humanas. Desta forma, a rede de relações sociais é caracterizada por uma flexibilização que não traz em si abertura para opções diversas e encontros com a alteridade. Trata-se, na verdade, de uma complexa rede de relações que não proporcionam engajamento, nem viabilizam alguma resistência à racionalidade capitalista, pois a fluidez incita o movimento, a velocidade sem que se tenha referências alheias à lógica de mercado. Assim, o ordenamento das relações sociais não está aberto a opções.

Para Bauman (1999), essa articulação social favorece o individualismo, o descompromisso e a passividade, na medida em que os indivíduos se regozijam com uma suposta liberdade de escolha e ação. Tal modo de operar a vida incita relações efêmeras do sujeito com o mundo, na medida em que a velocidade e a fluidez são os signos da vez. O autor ainda destaca que, ao contrário do que se poderia supor, as infinitas conexões não garantem processos de expansão da vida, mas trazem a apatia, a privatização e uma versão individualizada do sujeito. Tamanha intensificação do individualismo faz recair sobre o sujeito toda a responsabilidade pelo fracasso, que é desarticulado dos processos coletivos nele imbricados.

É a velocidade atordoante da circulação, da reciclagem, do envelhecimento, do entulho e da substituição que traz lucro hoje[...] Qualquer rede densa de laços sociais, e em particular uma que esteja territorialmente enraizada, é um obstáculo a ser eliminado. Os poderes globais se inclinam a dismantelar tais redes em proveito de sua contínua e crescente fluidez, principal fonte de sua força e garantia de sua invencibilidade. E são esse derrocar, a fragilidade, o quebradiço, o imediato dos laços e redes humanas que permitem que esses poderes operem. (BAUMAN, 1999, p.22)

Sob tal perspectiva, o desengajamento, a fragilidade dos laços sociais e da capacidade de resistência seria tanto uma condição quanto o resultado dessa nova técnica de poder. Bauman (1999) destaca que a liquefação do poder o insere no “*nível micro do convívio social*”. Desta

forma, a difusão do poder se realiza a partir de sua capilaridade no tecido social, não se restringindo a um ponto central que o detenha, por vezes confundido com o poder de Estado.

Tais formas de operar a vida, apresentadas por Orlandi (2002) e Bauman (1999), possibilitam-nos articulações importantes com o atual cenário que permeia o cotidiano dos CAPS, panorama necessariamente imbricado aos modelos clínicos operados nestes equipamentos.

Como apontado anteriormente, a própria estrutura física de alguns destes serviços denuncia tal sucateamento. Apesar das experiências anteriores, já citadas, para exemplificar meu atual contexto de trabalho em um CAPS da baixada fluminense, compartilho um pouco do que atravessa meu cotidiano há alguns anos neste local. Tanto na unidade onde atuo quanto nos demais CAPS da região, com os quais articulamos o trabalho, que por vezes extrapola os limites do município, são frequentes os impasses pela falta ou escassez de recursos para o desenvolvimento do trabalho. De tal forma que o deslocamento por um vasto território de abrangência é impossibilitado pela falta de transporte, pois, na maioria das vezes, não há veículo disponível, combustível ou documentos regularizados do automóvel, o que impede seu deslocamento. A ida ao território se restringe ao entorno do CAPS, em um perímetro que seja possível o deslocamento a pé.

A falta de acesso à internet e linha telefônica é constante, o que dificulta ainda mais a comunicação com a rede, que se torna cada vez mais fria<sup>28</sup> e distante. Isto poderia indicar um refluxo do trabalho para o interior do serviço, o que, por si só, vai na contramão da proposta de articulação junto à rede e ao território de atuação. Entretanto, em determinadas situações, nem no interior do prédio do CAPS o trabalho se faz possível. Em dias de chuva, por exemplo, algumas salas e refeitório ficam alagados em função água que cai do teto. Com isto, o embolso fica encharcado e o risco de acidentes por pedaços de embolso que caem do teto é iminente. Como acidentes já ocorreram, tais espaços são interditados em tais condições. Junto as interdições temporárias, há espaços no serviço que não são mais acessados pela falta de manutenção, como banheiros, salas com o piso quebrado, com azulejos que constantemente cortavam alguém.

A ausência de manutenção de aparelhos eletrônicos é uma constante, assim são frequentes que computadores, ventiladores, bebedouros, ar condicionado quebrem e sem os devidos reparos viram sucata sem que sejam repostos.

---

<sup>28</sup> PASSOS, E. Notas de aula, 2005.

Passos considera que uma rede fria traz em si a marca da burocratização, da descontinuidade e distanciamento entre os equipamentos que a compõe. Apesar das unidades estarem instituídas, sua resolutividade e articulação é muito limitada.

A precarização dos recursos materiais é extensiva aos recursos humanos. Atualmente, no referido município, as perdas salariais bem como a fragilização dos vínculos empregatícios se expandem. Entretanto, tal fato não se restringe ao município no qual atuo. No ano de 2019, foram recorrentes as notícias, amplamente divulgadas, sobre os atrasos salariais entre os profissionais da saúde do município do Rio de Janeiro, com todos os impasses na assistência prestada decorrentes dessa situação<sup>29</sup>.

As experiências apresentadas acima se ratificam independente dos municípios nos quais atuei, bem como são compartilhadas por meus pares de trabalho nas realidades vivenciadas em outros CAPS.

As condições de precarização se intensificam, ao mesmo tempo que se presentificam nas intervenções clínicas propostas. Assim, faz-se necessário que este cenário apresentado esteja incluído na reflexão acerca das estratégias clínicas implementadas em CAPS atualmente, principalmente, para problematizarmos possíveis limitações ao modelo da atenção psicossocial nesta conjuntura.

O modo de sociabilidade capitalista atravessa o cenário de precarização indicado nos CAPS, de tal forma que os profissionais, em muitas situações, se veem constituindo laços nos quais a competitividade, o individualismo e a incitação ao produtivismo são proeminentes. A instabilidade que marca os vínculos empregatícios, bem como de “direitos” trabalhistas, que deveriam ser garantidos a estes profissionais, também ratificam a impossibilidade de confiança nos laços com a própria instituição na qual se trabalha. A lógica que rege tais laços é completamente contraditória à lógica da clínica, que deveria estar aberta ao agenciamento entre a demanda de uma população por cuidado, os parâmetros teórico-metodológicos que respaldam determinado modelo clínico e aspectos (inter)subjetivos que permeiam os envolvidos em práticas de cuidado. Mas o que se observa são relações marcadas a um fim pré-estabelecido para o *laço social capitalista*, como já apontado por Leal & Ferrari (2019).

Em uma análise sobre as articulações entre o cenário das práticas em saúde e a conjuntura imposta pela pandemia do COVID-19, Sá, Miranda e Magalhães (2020) destacam a evidência dada à precarização dos serviços, que marcados pelo sub financiamento desde a implantação do SUS, passam a ter que responder pela nova demanda que se apresenta com a

---

<sup>29</sup> Rio, 26/11/19 <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/11/26/mais-de-22-mil-funcionarios-que-prestam-servico-para-a-saude-do-rio-estao-com-os-salarios-atrasados-justica-manda-bloquear-r-320-milhoes.ghtml>  
Rio, 12/12/19 <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/12/em-meio-a-criese-na-saude-crivella-enfrenta-bloqueio-de-r-300-mi-para-pagamento-de-salarios-atrasados.shtml>  
Rio, 13/12/19 <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/12/12/Sal%C3%A1rios-atrasados-e-paralisa%C3%A7%C3%A3o-a-criese-da-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-no-Rio>  
Rio, 17/12/19 <https://exame.abril.com.br/economia/prefeitura-do-rio-suspende-todos-os-pagamentos-a-fornecedores/>  
Acesso em 12/02/2020.

COVID-19. Perante uma crise sanitária que evidencia a imbricação entre aspectos sociais, ambientais, econômicos, políticos e sociais, as marcas do neoliberalismo se ratificam pela exigência de soluções céleres, de continuidade da cadeia produtiva e de consumo. Segundo as autoras, a hipótese de um mundo mais solidário perante a catástrofe psicossocial vivida não se efetivou, pois o que observamos, até então, foi a reafirmação do individualismo, a despeito de iniciativas coletivas pontuais.

Após um ano, vemos que o SUS tomou lugar de destaque na grande mídia e sobre ele é colocada a expectativa de salvar vidas, seja através do tratamento dos acometidos pela COVID-19, seja através da vacina. Contudo, esse investimento imaginário não resultou em maior investimento financeiro. As leis do mercado parecem prevalecer, sobretudo no Brasil, onde já se discute a autorização para compra privada das vacinas.

Tais questões se materializam também nos CAPS, impondo desafios ao exercício da clínica. A precariedade nos serviços se acentua, na medida em que não são oferecidos aos profissionais o suporte necessário às adaptações e transformações das formas de cuidado durante a pandemia. A assistência prestada nos CAPS sofreu mudanças e interrupções<sup>30</sup>, levando algum tempo até que os profissionais fossem criando estratégias de cuidado e desenvolvendo-as com recursos próprios, como grupos ou atendimentos via celulares e internet pessoais, feitos em casa, onde também residem outros membros da família (crianças com escola interrompida ou aulas remotas, idosos, etc), reconfigurando o cenário onde a clínica se apresenta.

---

<sup>30</sup> As adaptações apontadas têm por base os CAPS nos quais a pesquisadora tem maior acesso, seja pelo seu trabalho ou execução da pesquisa, bem como através das informações compartilhadas entre seus pares.

#### 4 APONTAMENTOS SOBRE A CLÍNICA MATERIALIZADA NOS CAPS

Neste tópico apresentaremos algumas observações sobre a clínica a partir de pesquisas que abrem passagem ao diálogo com os objetivos deste trabalho. Não tivemos o intuito de realizar um extenso levantamento sobre todas as pesquisas que tratam sobre a clínica/o cuidado nos CAPS, por este motivo, não se trata de uma revisão bibliográfica.

Ao realizar um breve levantamento sobre a produção científica em relação ao tema da pesquisa, utilizei a base de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca por periódicos científicos se deu a partir dos descritores clínica e CAPS, cuidado e CAPS nos últimos dez anos no Brasil. A partir destas foram selecionados 20 artigos que discorrem sobre as estratégias clínicas operadas em CAPS. Como o trabalho desenvolvido também considera o cenário de precarização dos CAPS e suas interferências na clínica operada em tais serviços, também foi realizada busca com os descritores precarização e CAPS, sucateamento e CAPS. Desta, dois artigos foram localizados associados à precarização dos CAPS, sendo os mesmos identificados quando a busca se deu por sucateamento e CAPS.

Nas produções sobre as estratégias clínicas operadas em CAPS, muitas pesquisas realizadas, em diferentes regiões do Brasil, identificam o reconhecimento dos preceitos advindos com a Reforma Psiquiátrica (RP) através do aparato legal que direcionou a formulação de políticas públicas para o campo da saúde mental desde a década de 90. Entretanto, grande parte de tais pesquisas apontam para um processo em andamento de novos agenciamentos clínicos com a loucura (VASCONCELOS & MENDONÇA FILHO, 2013, LIMA et. al., 2019, BARBOSA et. al., 2018, PAULON et. al., 2011, NUNES et. al., 2008, FIORATI e SAEKI, 2013).

Com o advento da RP e a proposta de um novo modelo assistencial, através da atenção psicossocial, a hegemonia do modelo biomédico de cuidado passa a ser questionada. Assim, a atenção psicossocial sugere uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003) com a inserção de novos saberes e fazeres em seu cotidiano. Porém, em pesquisa realizada por Barbosa et. al. (2018) em um CAPS no município de Pesqueira (PE), os autores identificaram a centralidade do tratamento medicamentoso bem como práticas de cuidado atreladas ao controle, através da contenção mecânica e química dos usuários. Os autores destacaram a hipermedicação com objetivo de “*domesticação da loucura*” (BARBOSA et. al., 2018, p.180). Em pesquisa realizada sobre o acompanhamento de jovens em um CAPS de São Paulo, Milhomens & Martin (2017) destacam o cuidado pautado na psiquiatria tradicional, com foco na patologia dos usuários. Um exemplo interessante trazido pelos autores é de um jovem que se considerava

“normal” até chegar ao CAPS. Apesar de reconhecer a diferença das experiências que tinha nos episódios em que alucinava, havia construído estratégias para lidar com tal fato. Ao iniciar seu acompanhamento no CAPS, passa a atrelar sua existência à doença. Segundo os autores, essa experiência aponta um modelo de cuidado que vai na contramão do que propõe uma clínica ampliada e que não se reduz às experiências colhidas nos municípios supracitados. (SOARES et. al., 2019, FIORATI & SAEKI, 2013, SANTOS & NUNES, 2011)

Uma questão abordada em diversas pesquisas (SOARES et. al., 2019, BIGATÃO et. al., 2019, PAULON et. al., 2011, MILHOMENS & MARTIN, 2017, MEYER, 2007, LIMA, 2019) se refere à falta de suporte teórico e metodológico para as práticas de cuidado nos CAPS pesquisados, o que, de alguma forma, pode estar relacionado às experiências nas quais o modelo biomédico ainda vigora. Ao pesquisar as concepções de clínica que embasam a atuação dos profissionais psi (psicólogos, psicanalistas e psiquiatras) em alguns CAPS do Rio Grande do Sul, Paulon et. al. (2011) apontam que nas reuniões de equipe a eleição de assuntos administrativos em detrimento da discussão de casos corrobora para que uma discussão necessária a respeito das diferentes concepções de sujeito, clínica e saúde não seja realizada. Apesar dos autores identificarem movimentos nas equipes que indicam o desejo de construção de abordagens coletivas para a clínica operada nos CAPS pesquisados, ainda se faz presente a clínica que os autores chamam de tradicional. Por tradicional consideram uma clínica que privilegia o modo instituído do fazer ‘psi’, com espaço de escuta individualizada e construção de uma orientação terapêutica a partir das interpretações que o profissional realiza sobre um “paciente/doente”, sem que tal construção se dê em conjunto com o sujeito atendido, seus familiares e equipe responsável pelo cuidado.

Meyer (2007) pontua que as discussões sobre a clínica operada em CAPS se fará sempre imprescindível, mesmo que esta se encontre tomada por impasses. Para a autora, a análise dos modelos de cuidado possibilita às equipes discutir sobre suas limitações bem como repensá-las, objetivando a ampliação de seus horizontes e a construção de estratégias que respondam de forma satisfatória às demandas apresentadas em um CAPS.

Nunes et. al. (2008) nos convidam à reflexão sobre uma clínica que deveria orientar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas equipes dos CAPS, chamada de “clínica ampliada”, que comporta um conjunto de recursos para o trabalho junto ao sujeito e seus laços sociais. Em pesquisa realizada em um CAPS de Salvador (BA), os autores destacam a dificuldade de articulação entre os cuidados oferecidos no serviço e os princípios que norteiam a RP. Os profissionais deste equipamento destacam a perda de um projeto institucional que se tinha no início da implantação do serviço, o que exerce influências diretas sobre o modelo clínico

operado no CAPS. Talvez as experiências exitosas dos primeiros anos de implantação dos serviços substitutivos possam nos ter alicerçado a determinados modos de funcionamento, que, atualmente, exigem reinvenções perante um novo cenário e novos arranjos relacionais.

Nesta mesma pesquisa, Nunes et. al. (2008) identificam três modelos de cuidado no serviço estudado. Um seria o modelo “biomédico humanizado”, que enfatiza a psicopatologia, o cuidado assistencialista, a tutela e ações pedagógicas pouco críticas e, na maior parte das vezes, normalizadoras. Outro modelo seria o “psicossocial com ênfase na instituição”, que embora norteado pelos princípios da atenção psicossocial, limita suas ações ao interior da instituição. E um terceiro grupo de profissionais mais influenciado pelo “modelo psicossocial territorializado”, que destaca os aspectos sociais do processo de adoecimento. Este orienta seu trabalho por intervenções junto à família, à comunidade e a rede que compõe o território no qual circula o usuário. Apesar de Nunes et. al. (2008) pontuarem três modelos clínicos em operação neste CAPS, destacam que a maior parte das ações são voltadas para dentro do próprio CAPS.

Ainda a partir da pesquisa realizada, Nunes et. al. (2008) nos advertem que uma prática que se proponha a enfrentar a complexidade do cuidado ofertado em CAPS precisa de maior implicação com o campo epistemológico, articulando teorias, saberes e técnicas de cuidado, que devem ocupar mais espaços de discussão entre as equipes que atuam em CAPS. O que os autores apontaram no CAPS analisado foi a escassez de discussões acerca dos aspectos teórico-metodológicos que envolvem os diversos modelos de cuidado coexistentes na instituição. Ressaltam que tal fato pode favorecer que um mesmo usuário seja visto sob a ótica de diversos referenciais, sem que esses múltiplos olhares sejam objeto de reflexão, discussão e pactuação de pontos de concordância. Para os autores, a pura sobreposição de saberes poderá gerar angústia e aumentar o sofrimento psíquico, na medida em que fragmentam o sujeito.

Miranda & Onocko Campos (2010) apontaram, em trabalho desenvolvido sobre as equipes de referência em um CAPS de Campinas (SP), receio dos profissionais do serviço de que suas práticas de cuidado fossem confundidas com puro assistencialismo. Para tais profissionais é necessário que haja um contorno clínico para as ações propostas nos CAPS.

Em pesquisa realizada junto à rede de Volta Redonda (RJ), Lima et. al. (2019) se propuseram identificar o saber teórico articulado à clínica dos CAPS. Os autores destacaram a falta de debate conceitual em torno de marcos teóricos relativos aos modelos clínicos operados, o que também foi observado por Fiorati & Saeki (2013) em CAPS de Ribeirão Preto (SP). Segundo Lima et. al. (2019), o uso pouco rigoroso de conceitos no exercício da clínica está atrelado à própria RP que rechaça o saber constituído em torno de uma teoria da clínica

(Campos, 2008). A admissão pelo modelo reformatório do que os autores reconhecem como fenomenologia do cuidado e da reabilitação, articulada ao ecletismo teórico, favorece o que denominaram de “*Babel epistemológica*”(LIMA et.al., 2019, p.14) . Esta falta de pontos de convergência, que garantissem a construção de uma abordagem multidisciplinar, contribuiu para a manutenção de diretrizes normativas que encontram respaldo no diagnóstico psiquiátrico (LIMA et. al., 2019). Para Campos (2008), essa confusão de línguas pode ser exemplificada pela presença de uma abordagem sistêmica sob égide da reabilitação psicossocial ou do que considera uma psicanálise emaranhada com a psicofarmacologia psiquiátrica. Segundo a autora, essa Babel favoreceu a consolidação da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) como principais referências para o diagnóstico na atenção psicossocial.

Lima et. al. (2019) apontam que, na experiência observada em Volta Redonda (RJ), a discussão sobre um determinado caso, bem como o direcionamento elencado para a construção do projeto terapêutico individual, era balizado pelo saber psiquiátrico a partir de um diagnóstico por este estabelecido. Em supervisão clínico-institucional, os pesquisadores observaram que a equipe se atinha à descrição comportamental dos usuários em acompanhamento, mas não conseguiam discorrer sobre o funcionamento subjetivo dos usuários sem recorrer ao modelo classificatório do CID10 e do DSM. Os autores ressaltam nesta experiência um quadro de “ateorismo ou ecletismo teórico”, que não possibilitam a efetiva implementação de um modelo clínico respaldado pela atenção psicossocial.

Esta confusão teórica entre os campos científicos também é apontada por Campos et. al. (2010) como algo que constrange a clínica em CAPS. Entretanto, os autores destacam que a luta pela cidadania do louco, requerida pela RP, também corroborou para que o debate clínico no campo da atenção psicossocial permanecesse em segundo plano.

*“A armadilha está em acreditar que o trabalho de inclusão suprima o trabalho clínico que é feito com a demanda e o desejo”*(CAMPOS et.al., 2010, p.510). Para os autores, a dimensão política e subjetiva são indissociáveis, indicando que os princípios elencados pela RP são para todos e a escuta é de cada um. Tal articulação pode viabilizar que cidadania e clínica se complementem quando resguardam suas diferenças no campo da ética. Neste sentido, Dassoler e Palma (2012) ressaltam que a psicanálise nos traz importantes proposições para a operacionalização da clínica nos CAPS, sem exigir a desconsideração de diretrizes que orientam o campo da saúde mental.

Na mesma direção, Campos et. al. (2010) anunciam a psicanálise como aquela que convoca à reflexão da clínica nos CAPS. Por meio da escuta ao sujeito suas formas de estar no

mundo se apresentam, sendo o sintoma um indicativo dessa forma singular de funcionamento subjetivo. Através da escuta também se faz possível que o diagnóstico médico e demandas familiares, institucionais sejam extrapoladas, viabilizando a emergência ao que é próprio de cada sujeito. A ressalva dos autores a uma técnica que tenha como principal recurso a fala vem no sentido de garantir centralidade ao sujeito nas práticas de cuidado exercidas nos CAPS.

Campos et. al. (2010) ressaltam que o desenvolvimento dos psicofármacos propiciou qualidade de vida aos usuários por um lado, contudo ensejou a desqualificação do cuidado e do suporte ao sofrimento quando ratificou certa preponderância daquela terapêutica sobre as demais propostas pela atenção psicossocial. Assim, os autores apontam as limitações da clínica tradicional psiquiátrica para a amplitude do cuidado que deve ser oferecido nos CAPS. Campos et. al. (2010), Furtado & Miranda (2006) enfatizam a função desempenhada pelo vínculo nos cuidados oferecidos em tais serviços. O vínculo aqui está relacionado a um compromisso mútuo entre profissional e usuário, marcando tal relação pela interdependência e corresponsabilidade. Sob tal perspectiva, quaisquer recursos terapêuticos estão imbricados aos processos intersubjetivos estabelecidos entre os envolvidos no processo de cuidado.

Tendo em vista a complexidade envolvida no campo da clínica da atenção psicossocial, um fator de relevância apresentado como empecilho à construção de um novo modo de operar e produzir saúde mental são as grades curriculares (PAULON et. al., 2011, FIORATI & SAEKI 2013). Enquanto os serviços substitutivos propõe a reinvenção da clínica, muitas grades curriculares ainda apresentam bases robustas sobre a clínica biomédica tradicional.

Outro ponto enfatizado por Jesus et. al. (2018), Bigatão et. al. (2019) e Fiorati & Saeki (2013) como entraves ao desenvolvimento da clínica da atenção psicossocial é a tímida articulação entre os CAPS e a atenção básica de saúde em diversas regiões. Uma das principais orientações da atenção psicossocial é a construção de um trabalho em rede articulado às especificidades de cada território. Sem este, o CAPS sofre um processo de “ilhamento” e permanece “*enCAPSulado*” (VASCONCELOS et. al., 2013), direcionando suas ações para dentro da própria instituição. A produção de cuidado deve estar atrelada ao território, assim a prática clínica estará afinada às especificidades dos contextos vivenciados pelos usuários. Sem a devida articulação entre o CAPS, o território e a rede que nele é tecida se observa um processo de cronificação dos usuários, bem como a transformação do vínculo de cuidado em relações de dependência que se perpetuam indefinidamente (JESUS et. al., 2018, CAMPOS et. al., 2010). Apesar do CAPS ocupar lugar de referência na rede de cuidados, ele não deve ser tomado como único, tendo em vista que sua potencialidade se inscreve na construção de uma rede de apoio extra CAPS quando temos por norte o modelo psicossocial.

O modelo clínico proposto pela atenção psicossocial requer que o cuidado esteja atrelado também ao território, pois tal articulação seria uma das formas de não institucionalização da clínica operada nos CAPS. Na medida em que tal porosidade favorece maior aproximação ao que é próprio à vida, dos usuários e da sociedade de forma mais ampla. Vasconcelos e Mendonça Filho (2013) questionam um novo modelo de clausura nos CAPS, mais sutil, que operaria por capturas em meio aberto e por um processo de institucionalização que cronifica os envolvidos no processo de cuidado. Os autores abordam a clínica da atenção psicossocial sob a ótica do Acompanhamento Terapêutico (AT) enquanto estratégia clínico-política assim definida:

Sair, pensar saídas, inventar uma saída, experimentar uma clínica das saídas, dos escapes, um pensar-fazendo, um fazer-pensando, uma forma de conhecer encarnada, implicada, corporificada, um trabalho terapêutico que promova expansão à vida, expandindo-a(...) A articulação entre clínica e socius, clínica e vida, é a grande guinada que nos indica o modo de atuação do AT: a clínica se desfoca da doença e se abre para conexões que abarcam não só o indivíduo, e sim uma multiplicidade de pessoas, ambientes, tecnologias, animais, coisas que compõe a cidade. (VASCONCELOS & MENDONÇA FILHO, 2013, p. 99/100)

Segundo Vasconcelos e Mendonça Filho (2013), o AT configura a prática clínica como ferramenta de ação e resistência, que rechaça qualquer vinculação entre cuidado e tutela. Sob tal perspectiva o locus privilegiado de ação de tal estratégia é o território, sendo neste que tal prática clínica pode produzir outros agenciamentos com a loucura. Vasconcelos e Mendonça Filho (2013) identificam tal clínica como “*nômade*”, aberta à experimentações com os encontros favorecidos pela cidade, buscando o não engessamento do modelo substitutivo e o agenciamento de novas relações com o próprio CAPS.

Reis et. al. (2018) também propõe uma constante reinvenção da clínica operada em CAPS, no sentido de abandonar a postura de se afirmar enquanto serviço substitutivo apenas pela negação do antigo modelo. Assim como Vasconcelos e Mendonça Filho (2013), os autores identificam tal percurso clínico como “*nômade*”, na medida em que opera por encontros, afetos e busca de novas territorialidades.

Figueiró e Dimenstein (2010) ratificam que a RP exige que a clínica não se acomode nos espaços instituídos de suas práticas, que se afirme enquanto “*nômade*” e se arrisque a produzir movimentos diversos. Em pesquisa desenvolvida em CAPS sobre a heterogestão do cuidado, os autores identificaram tais serviços como espaços de “captura”, nos quais o coletivo de usuários tem sua potência anulada em favor de uma gestão de especialistas que não os

incluem em tal movimento. Este processo encontra reverberações nas práticas clínicas ali exercidas, marcadas pela tutela e normatização.

Um aspecto pouco abordado quando se analisa os modelos clínicos operados nos CAPS é a precarização que vem avançando sobre tais serviços e que traz certas interferências sobre as práticas de cuidado. Nos artigos pesquisados, apenas dois são identificados com a discussão sobre o tema e um terceiro traz um breve apontamento sobre a referida questão.

Fiorati & Saeki (2013) observaram no Ambulatório de Saúde Mental e CAPS de Ribeirão Preto (SP) o que consideram como um processo de sucateamento de suas condições de funcionamento. Segundo os autores, os espaços físicos não são adequados e, por vezes, inapropriados. A escassez de recursos humanos e materiais é frequente, quadro que sobrecarrega as equipes e faz com que realizem suas atividades de forma mecanizada, sem avaliarem as demandas que lhe são endereçadas pela clientela atendida. Os autores também identificaram que tal cenário é fruto do direcionamento dado pela gestão municipal para as políticas de saúde mental, com clara priorização ao aumento de leitos hospitalares em detrimento do investimento em serviços substitutivos que compõe a RAPS e se orientam pelos princípios da RP. Outro ponto destacado por Fiorati & Saeki (2013) é o fato da atenção psicossocial não orientar as práticas clínicas operadas nos serviços estudados. Para os autores, ações no campo da atenção psicossocial demandam investimento financeiro e orientação norteada pela clínica atenta aos princípios da RP, o que não ocorre no referido município pesquisado.

Para Rézio & Oliveira (2010), a garantia de serviços realmente substitutivos exigem novas práticas de cuidado, o reposicionamento e engajamento dos sujeitos envolvidos, bem como condições de trabalho também substitutivas ao modelo asilar. Assim, enfatizam a necessidade de se analisar as condições ofertadas para que a atenção psicossocial se efetive. Em pesquisa realizada em alguns CAPS de Mato Grosso, Rézio & Oliveira (2010) apontaram equipamentos em precárias condições de infraestrutura, difícil localização e acesso. Uma conjuntura que pouco viabilizava a implementação do modelo da atenção psicossocial. Além disso, os trabalhadores mantinham frágeis vínculos empregatícios e baixas remunerações, o que gerava um quadro de contratos temporários, insegurança e alta rotatividade entre os profissionais. Este cenário coibia os trabalhadores de reivindicarem melhorias no serviço e salariais, na medida em que estes temiam demissões. Os autores destacam que tal cenário é típico do modelo neoliberal, não sendo algo exclusivo à realidade pesquisada.

Rézio & Oliveira (2010) relembram a criação pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006, do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS<sup>31</sup>, adotando uma política de valorização do trabalhador. Entretanto, nos CAPS pesquisados esse programa pouco interferiu na realidade apresentada, que se manteve com contratos temporários e mal remunerados. Os autores consideram que o grau de desmotivação diante de tal cenário, a grande rotatividade dos profissionais e a falta de materiais influenciam negativamente os cuidados ofertados, o resultado do trabalho desenvolvido em tais condições pelas equipes dos CAPS e o desenvolvimento do modelo proposto pela atenção psicossocial.

Perante o quadro apresentado pela pesquisa desenvolvida em Mato Grosso há uma década, Rézio & Oliveira (2010) consideram fundamental a garantia de melhores condições de trabalho nos CAPS, implementação da co-gestão e educação continuada. Mas ressaltam a necessidade de maior articulação coletiva entre os trabalhadores dos CAPS para que estratégias de resistência sejam lançadas perante tal cenário.

A partir dos apontamentos realizados até aqui, podemos notar que apesar do reconhecimento pelos diversos CAPS dos preceitos reformatórios, há um processo em construção de uma clínica que deveria se balizar pela atenção psicossocial (VASCONCELOS & MENDONÇA FILHO, 2013, LIMA et. al., 2019, BARBOSA et. al., 2018, PAULON et. al., 2011, NUNES et. al., 2008, FIORATI e SAEKI, 2013).

Os artigos selecionados apresentam alguns pontos em comum em relação aos modelos clínicos, ou a falta destes, nos serviços analisados. A preponderância da clínica psiquiátrica tradicional, assim como de suas categorias classificatórias, é identificada em grande parte dos serviços pesquisados. Também é ressaltado a centralidade do tratamento medicamentoso, objetivando certo controle comportamental através da hipermedicação, com enfoque na patologia e na existência atrelada à doença (BARBOSA et. al., 2018, p.180).

A falta de bases sólidas e claras para as ações relacionadas aos cuidados dispensados nos CAPS também é intensa e não propicia o modelo indicado pela atenção psicossocial. Tal fato favorece que o modelo biomédico ainda vigore em tantos equipamentos, e no senso comum, como um saber preponderante sobre os demais (SOARES et. al., 2019, BIGATÃO et. al., 2019, PAULON et. al., 2011, MILHOMENS & MARTIN, 2017, MEYER, 2007, LIMA, 2019).

Os autores apontam o anseio das equipes na construção de uma proposta clínica coletiva, mas o que ocorre efetivamente são práticas marcadas pela escuta e conduta individualizada,

---

<sup>31</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf)

com pouco espaço para a construção de uma clínica efetivamente plural. Seja esta construída com os demais integrantes da equipe, o sujeito atendido e seus familiares.

Nunes et. al. (2008) apresentam um aspecto importante, que se refere a perda de um projeto institucional, alicerçado nas primeiras experiências de implantação dos CAPS, que não atende mais às demandas que chegam aos serviços atualmente, exigindo novos arranjos institucionais para que o trabalho se opere. A construção de um projeto atento aos desafios que se impõe hoje a tais serviços propiciará um direcionamento para o trabalho que não se restrinja aos objetivos almejados nos primeiros movimentos da RP.

A construção de um contorno clínico para as intervenções desenvolvidas no CAPS é apontada como essencial para que aquelas não se limitem ao puro assistencialismo (MIRANDA & CAMPOS, 2010). Lima et. al. (2019) destaca certo rechaço do âmbito da clínica pelo movimento da RP, que acabou por favorecer a ênfase em diretrizes respaldadas pelo diagnóstico psiquiátrico, fomentando o desenvolvimento dos psicofármacos, mas não do cuidado ofertado (CAMPOS et. al., 2010).

Os principais aportes teórico-metodológicos dos serviços estudados estão relacionados aos referenciais apresentados pela psicanálise e pela “clínica nômade”, que tem contribuído bastante para a construção de um norte clínico para o trabalho exercido em CAPS. Entretanto, Figueiró e Dimenstein (2010) ressaltam que, apesar de uma orientação pelo viés clínico, os CAPS também podem servir como espaços nos quais o coletivo de usuários tem sua potência anulada pela heterogestão do cuidado exercido pelos especialistas, tornando os usuários alheios a tal processo.

Jesus et. al. (2018), Bigatão et. al. (2019) e Fiorati & Saeki (2013) destacam que a articulação dos CAPS com a Atenção Básica em saúde é incipiente nos municípios estudados, o que não viabiliza a construção de uma rede de cuidados com a qual a clientela dos CAPS possam contar e não fomenta o modelo clínico da atenção psicossocial.

Dentre as propostas apresentadas pelos autores supracitados para o enfrentamento a tal cenário se encontram a supervisão clínico-institucional, maior articulação junto a Atenção Básica, projetos para a educação permanente, maiores investimentos nos serviços substitutivos e articulação de movimentos dos trabalhadores para o enfrentamento a tal realidade.

As pesquisas apresentaram apontamentos de extrema relevância sobre a construção em curso das estratégias clínicas operadas em CAPS, que deveriam ter como princípios norteadores a atenção psicossocial. Entretanto, tendo em vista o caráter singular das estratégias clínicas implementadas, a precarização que avança sobre muitos CAPS, bem como a imbricação destas

aos aspectos próprios de cada região de um extenso país, faz se necessário novas pesquisas para o aprofundamento do tema.

Barbosa et. al. (2018) consideram que, no Brasil, o processo deflagrado com a RP é plural e articulado às redes loco-regionais de saúde. Destaca que embora tenhamos normas estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental, que garante certo contorno à RAPS, cada rede tem seu desenho próprio, sendo este diversificado para cada região do país.

A partir das restrições impostas pela pandemia do COVID-19, os CAPS tiveram de realizar algumas adaptações para que a continuidade da assistência prestada fosse garantida e associada ao cumprimento das diretrizes relativas à biossegurança. Martins et. al. (2020) relatam a experiência vivenciada na pandemia de um CAPS do Distrito Federal. Os autores destacam que somado à escassez de recursos materiais e humanos já existentes, a reformulação das ações do serviço teve de considerar o afastamento de profissionais em grupo de risco e por licença médica, que aumentavam as dificuldades do trabalho para a equipe. Visando a diminuição da exposição ao risco de contaminação por COVID-19, a equipe definiu enquanto estratégia inicial a redução do fluxo de pessoas dentro do serviço, a assistência a todos usuários ativos através de teleatendimento e o acolhimento no CAPS aos casos em crise, de tal forma que os protocolos de segurança fossem mantidos.

Cruz et. al. (2020) destacam que em CAPS de Iheus (BA) e Itabuna(BA), as medidas de distanciamento social fizeram com que as equipes dos serviços criassem grupos de Whatsapp visando garantir algum tipo de assistência aos usuários e familiares neste período. As autoras destacam que os grupos se respaldavam na mútua ajuda, que auxiliaram o trabalho na produção de autonomia e fortalecimento do protagonismo entre os usuários, na medida em que se produziram num espaço de fortalecimento das relações e de apoio entre seus participantes. Também abordam enquanto efeitos deste dispositivo a redução do sentimento de solidão, a identificação e o manejo precoces das situações que sugeriam um episódio de crise entre os usuários.

Apesar da relevância de pesquisas anteriores para a abordagem do tema proposto neste estudo, as mesmas não respondem à questão que norteia esta pesquisa. Junto às especificidades de cada região na implementação de serviços substitutivos e do modelo da atenção psicossocial, temos um processo reformatório descontínuo, marcado por algumas lacunas, que se beneficia de frequentes pesquisas. Estas, na medida que identificam os limites deste modelo, também apontam para a construção de estratégias que favorecem a continuidade de sua expansão em abrangência e intensidade.

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa é do tipo qualitativo exploratório, tendo em vista que o objeto da pesquisa são as práticas clínicas desenvolvidas em contextos de sucateamento. Trata-se de um objeto constituído pelas experiências e sentidos que os sujeitos constroem em relação ao seu trabalho. Devido ao fato da realidade estudada não ser mensurável, não comporá nosso escopo de ações a quantificação da mesma.

Segundo Minayo (2010), o método qualitativo faz se pertinente nas pesquisas que abordam a análise referente às representações, percepções, opiniões, crenças e histórias produzidas pelos indivíduos a respeito de um determinado tema. A autora indica que tal abordagem seja realizada no estudo de grupos circunscritos, através da construção de narrativas, exposição das relações e discursos que permeiam tais grupos. Isto permite que processos sociais de determinados grupos sejam analisados por meio da própria experiência e sistematização progressiva do conhecimento. Cabe salientar que uma pesquisa que se propõe analisar um objeto de estudo que comporta uma dimensão subjetiva se beneficia com procedimentos metodológicos de uma abordagem qualitativa. Porque aspectos subjetivos não se apresentam de maneira linear e objetiva, podendo se expressar de forma contraditória às próprias representações dos sujeitos, tendo em vista a complexidade da constituição da subjetividade e a multiplicidade de suas manifestações.

Demo (1989) também nos orienta com algumas das concepções da pesquisa qualitativa, destacando que a própria especificidade desta proposta metodológica se configura enquanto mote de muitos dos seus desafios, que está na intensa imbricação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Para o autor, há uma relação de interdependência entre o pesquisador e seu objeto de estudo. O pesquisador se configura enquanto sujeito que é parte deste processo que busca analisar, na medida em que atribui significados aos fenômenos que observa. Em contrapartida, o objeto de pesquisa ganha significado a partir da relação constituída com o pesquisador, que tem por base um questionamento. Sob tal proposta metodológica, o significado do objeto de pesquisa é continuamente construído, por se tratar de um estudo interpretativo, situacional e histórico, no qual generalizações não são possíveis.

Minayo (2010) destaca que o trabalho de campo se constitui enquanto etapa fundamental no processo da pesquisa qualitativa, sendo *no* e *para* o campo que o estudo deve se direcionar, pois é neste que os sujeitos/objetos de estudo apresentam as relações de intersubjetividade e de interação social *in locu* com o pesquisador. A autora ressalta que a produção de conhecimento é viabilizada a partir de tal interação, na qual o pesquisador e o interlocutor observado

interferem no conhecimento da realidade de forma contínua. Sob tal aspecto, o campo não é tomado como realidade concreta, mas como aquele que favorece a passagem de construções dinâmicas com todo o suporte científico e não-científico que o pesquisador traz consigo: instrumentos metodológicos, hipóteses, respaldo epistemológico, interações em campo.

O método qualitativo utilizado foi orientado pela hermenêutica filosófica. Esta foi a base epistemológica para a condução do método, tendo em vista que a hermenêutica não é um método em si. Segundo a hermenêutica gadameriana,

A metodologia exegética joga os trechos estranhos de uma narrativa [ou de alguma ação social] contra a integridade da narrativa como um todo, até que suas passagens estranhas sejam resolvidas ou justificadas. A auto compreensão de um intérprete não afeta nem é afetada pela negociação da compreensão. Na verdade, até onde se presume que os intérpretes e os objetos linguísticos sejam distintos, acredita-se que a auto compreensão influencie tendenciosamente e distorça uma interpretação bem-sucedida. (GADAMER, 1981 apud SCHWANDT, 2006, p. 198)

A hermenêutica filosófica questiona o modelo clássico cartesiano da tarefa do intérprete, propondo a superação da perspectiva positivista e do tipo de compreensão produzida por esta. Sob tal aspecto, o pesquisador é tido como um exegeta, ou seja, um sujeito engajado numa análise crítica, ou explicação de um texto, por meio de um intercâmbio interpretativo que é auto transformativo (SCHWANDT, 2006). Na hermenêutica filosófica a compreensão de um determinado fenômeno é a própria interpretação, sempre temporal e progressiva, de um significado que não está dado a priori, mas será definido a partir do próprio diálogo com o que se pretende compreender. Tal orientação implica em interpretações provisórias, porém críticas, com o intuito de apreender sentidos ainda não dialogados e reflexões que dele podem reverberar. Como a hermenêutica se propõe compreender “*as coisas em si mesmas*”, a compreensão poderá ser diferente, tendo em vista a condição mutável de nossas tradições e dos novos questionamentos que surgirão.

Onocko Campos (2011) destaca que sob tal proposta a compreensão do sentido se respalda em um consenso possível entre o autor do texto pesquisado e aquele que busca sua compreensão. Deste modo, “*o significado é negociado mutuamente no ato da interpretação; não é simplesmente descoberto*”.(SCHWANDT, 2006, p.199) A compreensão é em si interpretativa, bem como participativa e dialógica, sendo imprescindível que os pré conceitos do pesquisador, sócio-historicamente herdados, sejam expostos neste processo. Na medida em que não se faz possível pormos em suspenso tais pré conceitos, faz se necessário que estes sejam apontados para dar ciência à pesquisa, e ao próprio pesquisador, do referencial sobre o qual se

está partindo (MIRANDA, 2019)<sup>32</sup>. A tradição que nos constituiu enquanto ser de linguagem condiciona nossas pré compreensões assim como limita a interpretação em determinados aspectos. Entretanto, a postura do pesquisador deverá estar aberta para a intercessão de outras tradições por meio de uma experiência crítica, construtiva e aberta ao novo. (SCHWANDT, 2006)

Consideramos importante apontar sucintamente as tradições teóricas que sustentam o eixo desta pesquisa antes de avançarmos com as diretrizes que norteiam nossa metodologia. Reconhecemos nossa pertença às tradições que se referem à Reforma Psiquiátrica Brasileira, marcada pelos movimentos iniciados no final da década de 70, à Saúde Mental pública brasileira e ao modelo assistencial da Atenção Psicossocial

Onocko Campos (2011) salienta que a hermenêutica pressupõe um encontro entre um objeto e seu intérprete em suas historicidades, marcados por uma determinada linguagem e tradição. Neste encontro dialógico que possibilita a produção de conhecimento, sujeito e objeto se co determinam numa interpretação na qual *“o sentido não é nunca dado, ele tem de ser achado, descoberto, compartilhado em uma cadeia de significação que nos junta a outros humanos”*(ONOCKO CAMPOS, 2011, p.1276). Minayo (2010) pontua que a compreensão não se opera como uma atitude subjetiva frente a um sujeito objetivado, mas se realiza a partir de um movimento de entender-se uns com os outros a partir do dito sobre um determinado objeto. Enfatizamos que sob tal perspectiva não se nega o latente, mas se assume uma postura ética quanto ao que será realçado, *“valorizando mais a possibilidade de dizer, de tomar a palavra, do que uma suspeita sobre o dito”*(Ibid).

Segundo Schwandt (2006), nossos pré conceitos conformam nossa subjetividade e direcionam o modo pelo qual compreendemos o mundo, fazendo com que o ato interpretativo parta de um determinado lugar, de uma determinada perspectiva e inscrito em uma determinada cultura. Assim, quando o pesquisador expõe seus pré conceitos, que estão imbricados às questões abordadas em uma pesquisa, também deve estar aberto à problematização dos mesmos. Na medida em que uma pesquisa pode, e até deve, nos oferecer novos parâmetros para nossa lida com o mundo. Para o autor, na hermenêutica gadameriana as tendenciosidades ou os preconceitos sócio-históricos herdados não devem ser rechaçados nem tão pouco controlados com o objetivo de uma interpretação mais assertiva da realidade. O intérprete deve se esforçar por mantê-los acessíveis de modo que se possa (re)visitá-los e mantê-los em constante indagação. O pesquisador é incitado a praticar a tarefa de constante autoanálise, questionando

---

<sup>32</sup> Miranda, L. Notas de aula (2019)

os efeitos de seus preconceitos sobre o objeto a ser interpretado, assim como avaliando o impacto dessa compreensão sobre seus preconceitos. Este posicionamento visa esclarecer os determinantes históricos que recaem sobre a pesquisa e auxiliam o intérprete quanto ao risco de rasurar a si mesmo e ao outro a partir da não consideração dos seus preconceitos. Estes, referências de nossa constituição enquanto seres históricos, constituem nossa subjetividade e têm implicação incisiva no modo de condução da pesquisa científica. Assim, a busca em compreender os sentidos que se dão na comunicação entre os seres humanos tem como seu núcleo central a linguagem. Sob esta perspectiva, o pesquisador põe em análise suas implicações, tendo em vista a impossibilidade do mito da neutralidade no processo de pesquisa.

Na hermenêutica gadameriana não há apenas uma interpretação legítima do texto, a cada novo encontro com este o intérprete expande sua compreensão, possibilitando a circularidade desta e configurando os círculos hermenêuticos (SCHWANDT, 2006). Tal processo se opera pela construção de novos horizontes de percepção viabilizados ao se revisitar um mesmo lugar e recolher uma nova interpretação.

Onocko Campos (2011) ressalta um aspecto importante da teoria gadameriana em relação ao objeto de pesquisa. A hermenêutica reconhece a historicidade do pesquisador e do seu objeto de estudo no processo de construção do conhecimento. Por este motivo, o pesquisador recorre ao passado para melhor compreensão das questões que se apresentam no presente junto aos seus respectivos interesses. Neste encontro temporal, o objeto de pesquisa ganha destaque no contraste com o meio no qual foi produzido. Desta forma, o objeto será tomado a partir do seu contexto de produção e não por meio de um “recorte” que não evidencia a conjuntura da qual o objeto se destaca. Segundo a autora, tal característica recíproca da hermenêutica favorece que o destaque do objeto em meio a ratificação do contexto onde ele se sustenta favorece um processo dialético no qual o plano destaca o objeto e este destaca o plano. Tal aspecto corrobora metodologicamente a atenção dada a conjuntura na qual as estratégias clínicas se operam em CAPS atualmente, principalmente no que se refere à precarização de tais espaços, sem desconsiderar outros que se apresentaram ao longo desta pesquisa e serão discutidos adiante.

O respaldo teórico oferecido pela hermenêutica filosófica nos autoriza a admitir nossos pré-julgamentos em relação aos modelos clínicos operados em CAPS. Como tais apontamentos foram realizados na apresentação deste trabalho, os mesmos serão lembrados sucintamente. Enquanto ponto principal, a crença de que as estratégias clínicas operacionalizam de forma tímida o modelo proposto pela atenção psicossocial nos CAPS, o fato do sucateamento dos

CAPS não favorecer um contorno clínico às ações do serviço, a aposta de que a clínica pode operar enquanto dispositivo de resistência nos CAPS.

Onocko Campos (2011) salienta que as perguntas iniciais que incitam uma pesquisa científica devem ser utilizadas pelo pesquisador para interrogar o material produzido, buscando responder tais questionamentos com esta produção. Deste modo, as questões iniciais apresentadas outrora serão frequentemente postas em diálogo com o texto construído a partir deste estudo. A autora ratifica que esta postura está atrelada a uma dimensão ético-política a partir das escolhas técnico-metodológicas que fazemos, considerando que elas surtem efeitos na própria pesquisa.

A partir da apresentação da diretrizes metodológicas que nos guiaram para o desenvolvimento da pesquisa, bem como as concepções que nos sustentaram durante o percurso desta, daremos seguimento com a exposição do nosso campo de estudo, com todas implicações envolvidas neste processo.

## 5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A rede de saúde mental de Niterói iniciou sua organização, nos moldes atuais, com o Projeto Niterói, uma parceria entre a prefeitura da cidade, o estado do Rio de Janeiro, o curso de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), trabalhadores do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Iniciado na década de 70, o projeto tinha como proposta a reorganização da rede de saúde de Niterói, foi constituído por grupos de trabalho, dentre estes um que se direcionava à saúde mental. Cabe lembrar que também na década de 70 se iniciaram os primeiros movimentos que acenaram a reforma que estava por vir no campo da saúde mental, assim como aqueles associados à reforma sanitária que tiveram início nesta década. Com a expansão do Projeto Niterói, instituições filantrópicas e contratadas passam a fazer parte de sua composição. Dentre seus objetivos, o projeto almejava ações integradas e regionalizadas de saúde. No bojo da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e posteriormente do SUS, o município foi dividido em distritos sanitários e já contava com algumas unidades municipalizadas (Santos, 2019).

Segundo Santos (2019), o Projeto Niterói, a partir do grupo de trabalho em saúde mental, deu visibilidade às tensões existentes entre um projeto vinculado à saúde pública e outro atrelado às clínicas contratadas para internação psiquiátrica, dentre estas a Casa de Saúde

Niterói e Casa de Saúde Alfredo Neves<sup>33</sup>. A autora faz referência à relação entre as clínicas privadas e o movimento da RP em Niterói marcada por conflitos e uma disputa por diferentes abordagens ao tratamento oferecido aos internos nestas instituições.

Ainda na década de 80, o município contava com o modelo ambulatorial de psiquiatria restrito ao atendimento médico e à terapêutica medicamentosa. Santos (2019) destaca que havia um ambulatório na região central da cidade que absorvia a maior parte da demanda ambulatorial em saúde mental, a demanda referente às internações psiquiátricas era encaminhada para a Casa de Saúde Niterói e Casa de Saúde Alfredo Neves, pois o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) não recebia novas admissões neste período.

O hospital psiquiátrico do município encontrava-se em péssimas condições e a rede ambulatorial contava com um grande ambulatório regional de atendimento por demanda espontânea - com filas para os números<sup>34</sup> que se estendiam desde a madrugada, um ambulatório regionalizado e dois Centros de Saúde que ofereciam consultas psiquiátricas sem preocupação com a adscrição da clientela. (BERMUDEZ, 2017, p.48/49)

No início dos anos 90, no bojo do movimento de regulamentação do SUS, um plano de metas é instituído em Niterói com o objetivo de reestruturar os leitos públicos e ampliar a rede ambulatorial, que viria a agregar um novo modelo de cuidados ao longo da referida década, não mais restritos à prescrição medicamentosa (BERMUDEZ, 2017). Cabe destacar que em 1992, com a portaria 224, o Ministério da Saúde aponta as diretrizes a serem seguidas pela reestruturação e substituição da atenção hospitalocêntrica por dispositivos comunitários, como os CAPS.

A Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, atenta aos novos eixos que passaram a balizar a assistência em saúde mental, realizou diversas obras no HPJ, contratou novos profissionais, passou a priorizar as ações no campo a partir das Conferências Municipais de Saúde, que subsidiaram um Programa de Saúde Mental. De um primeiro movimento com investimento maciço no HPJ, visando sua reestruturação, a década de 90 foi marcada pela ampliação da rede de serviços comunitários, com a implantação de CAPS, ambulatórios com modelos ampliados na oferta de cuidados, república de usuários, quando ainda não havia legislação para regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BERMUDEZ,

---

<sup>33</sup> Ambas clínicas eram privadas e contratadas pelo sistema público para absorver as internações psiquiátricas de pessoas que eram admitidas nas emergências de unidades públicas de saúde. O convênio com tais clínicas foi suspenso em 2000, mas a Casa de Saúde Alfredo Neves foi desativada somente em 2018.

<sup>34</sup> Tais números se referem a um sistema de senhas que buscava organizar os atendimentos realizados diariamente neste serviço.

2017; SANTOS, 2019). Tal reformulação implementada pelo município de Niterói possibilitou a construção de um novo modelo assistencial, não mais restrito à internação manicomial.

Segundo Santos, no início da década de 90, o núcleo de internação psiquiátrica passa a ser o HPJ, o que diminuiu consideravelmente os encaminhamentos realizados para as clínicas conveniadas. A autora destaca a inauguração do Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI), emergência psiquiátrica, em 1997, com a proposta de acolhimento de *“qualquer demanda para psiquiatria no município de Niterói”*(SANTOS, 2019, p.93). Com o início deste trabalho, algumas intervenções extrapolavam os muros do HPJ. Santos (2019) destaca alguns movimentos de acompanhamento aos sujeitos em situação de rua que passavam pelo SRI e que, posteriormente à alta prescrita pelo hospital, tinham os cuidados que se faziam possíveis ofertar na rua viabilizados pelos profissionais do HPJ. A autora também pontua que o SRI possibilitou certo diagnóstico da rede de Niterói, contribuindo para a reestruturação e ampliação a partir da análise da demanda que chegava ao SRI. *“Então o SRI foi um campo bem interessante, que auxiliou na definição dos serviços em Niterói. Na implantação, na implementação de serviços em Niterói”*(Ibid.).

Santos (2019) afirma que as equipes que implantaram os CAPS AD e infantil, no decorrer dos anos 2000, iniciaram tal proposta em um núcleo de atendimento do SRI ao longo da década de 90. E que este núcleo também se deu enquanto campo de formação para a equipe que implantou o primeiro CAPS de Niterói. A autora sinaliza que o primeiro NAPS do município foi instalado dentro do HPJ, sendo transformado, posteriormente, no CAPS Herbert de Souza, primeiro CAPS, localizado na região central de Niterói.

O HPJ tem um lugar de relevância na história da rede de saúde mental de Niterói. Seja por comportar as internações psiquiátricas que ali ocorrem, pelos núcleos de atendimentos que ensejaram a constituição dos CAPS da cidade, pela proposta trazida pelo SRI, a instituição se configurou enquanto importante articulador dessa rede que se expandia e que, ao mesmo tempo, o mantinha enquanto imprescindível para a mesma.

O primeiro CAPS implantado no município foi o Herbert de Souza no ano de 2002, neste período o serviço também respondia pelas demandas referentes à clientela infanto-juvenil e às demandas que incluíam questões referentes ao álcool e demais drogas até a implantação dos CAPSI e CAPS-AD (OLIVEIRA, 2003). Adiante retomaremos o processo de implantação do CAPS HS.

Atualmente, a RAPS de Niterói é composta por: quatro CAPS, sendo dois na modalidade CAPS II, um CAPSI e um CAPS-AD; sete ambulatórios ampliados de saúde mental; uma unidade de acolhimento infanto-juvenil(UAI); um Centro de Convivência e

Cultura de Niterói; dez serviços residenciais terapêuticos (SRT); e o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) com leitos de emergência, enfermaria de agudos feminina e masculina, enfermaria de longa permanência, enfermaria mista para dependentes químicos (setor de Álcool e Drogas) e um ambulatório ampliado de saúde mental). O hospital passa por um processo de reformulação que o identifica como Unidade Transitória de Atenção Psicossocial (UTAP). O município também conta com o Programa de Acompanhamento Domiciliar, Programa de Redução de Danos e Programa de Moradia Assistida, uma equipe de Referência Infanto-Juvenil para Ações de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (ERIJAD). Além destes, a RAPS dispõe das unidades pertencentes à Atenção Básica de saúde<sup>35</sup>, ao Consultório na Rua, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Cabe destacar que Niterói não disponibiliza leitos para saúde mental cadastrados em hospitais gerais, ratificando o que Amarante (1995) considera como elementos que favorecem a função catalisadora do hospital psiquiátrico, na medida em que força uma configuração da rede de forma concêntrica. Entretanto, há um trabalho compartilhado entre as equipes da RAPS para que leitos sejam disponibilizados nos hospitais gerais do município<sup>36</sup>. Tais leitos serviriam para o acolhimento à clientela com questões agudas associadas à saúde mental, nos períodos identificados como crises ou surtos desta clientela, nos quais os recursos disponibilizados pelos serviços territoriais não foram suficientes para o seu manejo clínico.

Vale ressaltar que mesmo pertencente à RAPS, o HPJ não está subordinado à Coordenação de Saúde Mental. O organograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói é composto por uma presidência e duas vice presidências: Vice presidência de atenção coletiva, ambulatorial e da família (VIPACAF) e Vice presidência de atenção hospitalar e emergência (VIPAHE). Neste formato os CAPS, ambulatórios, policlínicas, atenção primária estariam subordinados à VIPACAF, enquanto toda a rede hospitalar, incluindo o HPJ, estaria vinculado à VIPAHE. Assim, a coordenação de saúde mental não possui gerência sobre o HPJ, o que traz algumas consequências para a configuração da RAPS do município, que discutiremos adiante.

O trabalho de campo contemplado pela pesquisa que aqui apresentamos foi realizado em um CAPS do município de Niterói, o CAPS Herbert de Souza (HS). Inaugurado no ano de 2002, na mesma sede e com a mesma equipe que compunha o NAPS Herbert de Souza, o serviço iniciou suas atividades no interior do HPJ em 1989, no bojo do processo de reestruturação da rede de assistência em saúde no município. Em 1999, a Fundação Municipal

---

<sup>35</sup> Atualmente, Niterói apresenta cobertura de 75,28% em relação à Atenção Básica e de 64,71% referente às ESF. Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em 10/3/2020.

<sup>36</sup> Estas informações foram colhidas por meio das entrevistas realizadas.

de Saúde aloca o NAPS em sede própria na região central do município, objetivando implementar a desconstrução da lógica hospitalocêntrica. (OLIVEIRA, 2003). Neste período o NAPS, além dos demais recursos, dispunha de três leitos para observação, que visavam minimizar a necessidade de internações. Entretanto, a autora destaca que por escassez de recursos humanos e materiais estes leitos foram desativados. No início de sua fundação o CAPS HS respondia pela clientela de todo município, bem como por aqueles usuários com demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Atualmente, a RAPS de Niterói comporta outros CAPS, conforme exposto, e o CAPS HS se mantém em sua sede de origem. Trata-se de um serviço de modalidade tipo II, localizado no centro de Niterói e com três ambulatorios, na modalidade ampliada, vinculados ao seu território de abrangência.

A escolha por um CAPS de Niterói se deu pelo interesse de que a pesquisa fosse realizada em um CAPS distinto do qual trabalho, bem como da região na qual atuo. Tal eleição também se deu por conveniência, por residir em Niterói e já ter algum conhecimento prévio sobre a rede de saúde mental. Como apontado na apresentação, há alguns anos trabalhei no HPJ. Entretanto, ao longo da pesquisa, aspectos importantes sobre o HS se destacaram. Este foi o primeiro CAPS implementado no município, como exposto acima, surge a partir de uma experiência primeira de um NAPS no HPJ. Foi implantado em uma região central da cidade, mesma região onde havia um grande ambulatório que acolhia a maior parte da demanda por consultas psiquiátricas.

É importante destacar que nos contatos iniciais com a prefeitura de Niterói, fui informada que o CAPS HS estava temporariamente alocado em uma policlínica do município, devido a uma obra realizada no serviço. Apesar de ter tomado ciência de tal fato somente após a escolha do referido CAPS como campo de pesquisa, as condições de trabalho e, conseqüentemente, a clínica que ali se faz possível foram aspectos de grande interesse para a contextualização de nosso objeto de estudo, de tal forma que pudéssemos analisar a forma pela qual a precarização do serviço atravessa a clínica que ali se apresenta. Essa discussão será retomada adiante.

O CAPS HS é constituído por uma equipe composta por: uma diretora, uma coordenadora técnica, dois auxiliares administrativos, um oficineiro, seis psicólogos, uma assistente social, uma residente em psiquiatria, duas residentes em saúde mental, uma terapeuta ocupacional, duas farmacêuticas, três técnicas de enfermagem, uma enfermeira, quatro psiquiatras e duas acompanhantes domiciliares. Esta informação se refere ao mês de outubro de 2020. Cabe destacar que como os funcionários do CAPS são vinculados à Fundação Municipal de Saúde por um contrato temporário de um ano, há uma grande rotatividade de profissionais

na equipe. O quadro de atividades do serviço comporta grupos e oficinas no CAPS bem como atividades desenvolvidas numa quadra de futebol, no Centro de Convivência e passeios semanais pelo circuito cultural do município, além do grupo de família, assembleia, supervisão, reuniões de equipe semanais e de turno. Tais atividades se referem ao período pré pandemia. Após as limitações impostas pela pandemia do COVID-19, as atividades coletivas com os usuários foram suspensas, sendo mantidos somente os atendimentos presenciais pré-agendados e, preferencialmente, individuais, recepções para a inserção de novos usuários, acolhimento às situações de crise. O grupo de família foi mantido de forma quinzenal no formato on-line, as reuniões de equipe e supervisões também se mantiveram remotamente. As reuniões de turno seguiram com o número de profissionais reduzidos. Entre os meses de outubro e novembro a equipe iniciou um trabalho para retomar o espaço da convivência, com agendamento de duplas ou trios de usuários para horários específicos vinculados a uma atividade proposta por um profissional ou para encontros mais livres. Esta proposta para o espaço da convivência foi pensada para privilegiar os usuários que não estavam bem naquele momento. Dentre os casos elencados para inserção neste trabalho se encontrava um usuário que acabara de sair de uma internação no HPJ, apresentava forte resistência com o uso da medicação prescrita pelo psiquiatra e sinalizava sua aptidão em tocar alguns instrumentos musicais. O mesmo ia ao serviço duas vezes por semana para tocar gaita. Outros usuários vinham dando indícios de que não estavam bem, o que levou a equipe a organizar duplas ou trios para jogos ou atividades expressivas com tintas, lápis para que a equipe pudesse se aproximar e avaliar o que poderia ser feito junto a cada caso para que a situação apresentada não se agravasse.

### 5.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA E INSTRUMENTOS

#### 5.3.1 Construindo minha entrada no campo de pesquisa

Minha inserção no campo de pesquisa necessitou de algumas adaptações para que fosse possível<sup>37</sup>. Em março de 2020, com a instauração da pandemia do COVID-19, muitas atividades foram suspensas, dentre estas as realizadas nos CAPS, principalmente, as de caráter coletivo.

---

<sup>37</sup> A Divisão de Ensino e Pesquisa de Niterói, assim como a direção e coordenação do CAPS HS, tiveram papéis essenciais para minha inserção e realização de atividades em campo. Em meu primeiro contato com a divisão, fui informada que o CAPS HS se encontrava em obra e seus profissionais estavam alocados em uma policlínica do município. Tal fato impossibilitaria minha inserção neste CAPS, mas com o atento auxílio fornecido pela Divisão de Ensino e Pesquisa de Niterói, direção e coordenação do CAPS, este e outros impasses, surgidos ao longo da pesquisa, foram dirimidos e solucionados.

As restrições sanitárias também impediam que me fizesse presente no CAPS. Por este motivo, minha ida ao campo se deu majoritariamente através dos dispositivos on-line.

O projeto desta pesquisa foi apresentado de forma sucinta em reunião de equipe realizada remotamente no final de agosto de 2020. Neste encontro boa parte da equipe assistiu a apresentação, incluindo a diretora, a coordenadora e a supervisora do CAPS. Nesta data foi exibida a proposta da pesquisa de campo, sua duração e elegibilidade dos participantes. A equipe foi receptiva e acolhedora à proposta de trabalho. Minha participação nas reuniões e supervisões teve início em meado de setembro, com duração de quatro meses.

Os sujeitos pesquisados neste trabalho foram os profissionais, das distintas categorias que compõe a equipe do CAPS. O critério de elegibilidade para participação dos profissionais no estudo incluiu o caráter voluntário da participação, a atuação no CAPS pelo período mínimo de um ano e a inclusão das diferentes categorias que compõe a equipe do serviço.

Com isto, fizemos uso de três ferramentas para o trabalho de campo, duas entrevistas iniciais com a diretora e coordenadora técnica, observação participante nas reuniões e supervisões do CAPS e três grupos focais com profissionais que aceitaram participar deste estudo. Ratifico que as intervenções somente foram realizadas com os profissionais em reunião de equipe e grupos focais. Não houve abordagem direta com os usuários do serviço mesmo nos curtos períodos em que estive presente no serviço.

As entrevistas com a direção e coordenação técnica foram exploratórias (apêndice A), com o objetivo de compreender o funcionamento geral do serviço através de questões que abordaram o modo de gestão da unidade, os vínculos empregatícios dos profissionais, a rotina de trabalho, a estrutura do CAPS. Consideramos relevante colher informações básicas sobre o funcionamento do serviço antes de se iniciar a observação participante.

Como o trabalho tem por base a análise das estratégias clínicas utilizadas em CAPS, a observação dos aspectos envolvidos na operacionalização de tais práticas de cuidado exigiria a inserção de usuários e profissionais. Entretanto, devido às restrições sanitárias impostas e a suspensão das atividades coletivas com os usuários, a parte da observação participante prevista na convivência e atividades do CAPS não foi realizada. Entretanto, minha participação nas reuniões de equipe e supervisões se fez possível remotamente através da plataforma on-line Skype.

A observação participante é descrita por Cruz Neto (2001) como um instrumento que insere o pesquisador no próprio contexto onde se encontram os atores sociais do fenômeno que se busca estudar. Tal ferramenta possibilita o contato direto entre o pesquisador e o que se pretende pesquisar, bem como reconhece as implicações envolvidas em tal cenário com a

presença de um observador. Esta técnica possibilita maior interação entre o pesquisador e o campo junto aos sujeitos de pesquisa, favorecendo a apreensão de sentidos a partir do que é próprio às práticas que compõe a rotina do CAPS.

Segundo Cruz Neto (2001), na observação participante o pesquisador interage com os sujeitos na medida em que é procurado por estes ou que se veja perante dúvidas e questões que lhe dificultam a compreensão ou permanência no cotidiano. O modo de interação do pesquisador é modulado pela demanda dos sujeitos de pesquisa e por suas questões, sendo sempre necessário o cuidado com a possibilidade de uma presença muito ativa, que interfira demasiadamente no cotidiano, ou uma presença pretensamente neutra, que não constrói relações vivas com os sujeitos. A interferência no cotidiano é inevitável, embora, com o tempo, o pesquisador tenda a ser “*incorporado na paisagem*” do campo no qual se inseriu. Mas tal interferência é um dos componentes de uma pesquisa qualitativa fundamentada na hermenêutica, na medida em que se supõe que o conhecimento é produzido a partir de diálogos, os quais, necessariamente, interrogam, inquietam e podem produzir transformações em todos os envolvidos, pesquisadores e sujeitos de pesquisa.

Considero que minha observação foi pouco participativa, pois não ficava à vontade para intervir ou realizar algum questionamento. O contato presencial restrito entre os integrantes da equipe, que precisaram dividir suas atividades entre o formato remoto e presencial, devido às restrições sanitárias, fazia com que muitas questões se acumulassem ao longo da semana para a discussão coletiva. Ficava com a impressão de que era pouco tempo para uma pauta tão extensa e optava por não fazer colocações, mesmo quando estas me inquietavam bastante. Tentei dirimir tais questões com os profissionais que se dispuseram a participar dos grupos focais, bem como com a direção e coordenação do CAPS. Devido ao contato mais próximo e frequente com estes, ficava mais confortável em acessá-los para esclarecer algumas dúvidas.

A equipe também lidava com os problemas de conexão, falhas no áudio, problemas com o celular e o computador. Era comum nos encontros as câmeras permanecerem fechadas, seja para resguardar o ambiente no qual se encontravam, limitações de conexão, maior conforto. Entretanto, isto não favorecia o acesso às expressões faciais, corporais e de forma geral às não verbais. Avalio que o formato remoto não favorecia tanta interação, assim como ratificava a manutenção ou mesmo aprofundamento da precariedade que atravessa o trabalho no CAPS. Cabe destacar que a equipe de plantão do dia da reunião tinha de sair do CAPS para participar do encontro, pois o equipamento não disponibiliza internet para os funcionários. Assim, a equipe se dirigia para casa para não sobrecarregar seu pacote de internet móvel, saindo do serviço por volta de 12:00 para iniciar a reunião às 14:00. Como muitos profissionais residem

fora do município, não havia tempo suficiente para o almoço, deslocamento e participação na reunião. Por este motivo, havia um número relativamente grande de profissionais no link da reunião, mas os que permaneciam on-line eram poucos. Esta etapa de observação do trabalho de campo foi realizada durante quatro meses, por um turno semanal, por meio da observação das reuniões de equipe e supervisões do CAPS.

A observação participante foi orientada por um roteiro (apêndice b), mas esteve aberta às diversas questões que atravessaram o cotidiano observado. Ao longo desse período, e a partir dos pontos que se destacavam sobre a clínica operada no cotidiano do CAPS, foi possível esboçar um contorno para a realização dos grupos focais, assim como realizar os devidos ajustes no roteiro proposto.

A técnica do grupo focal é definida por Miranda et. al. (2008) como *“uma técnica de coleta de dados que parte de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns. Caracteriza-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica.”*(MIRANDA et. al., 2008, p.36).

O objetivo do grupo focal, quando inspirado por uma abordagem hermenêutica, é (re)construir, de modo dialógico, reflexões e sentidos com o público-alvo da investigação, reunido num mesmo local e com período estabelecido para sua realização (MIRANDA et. al., 2008). Uma característica essencial desta ferramenta é o fato do grupo operar a partir da fala dos participantes, que dará passagem as suas concepções e impressões sobre um determinado tema. Através do grupo focal, o mediador incita o processo de reflexão e debate sobre o conteúdo apresentado por seus integrantes. A fala dos participantes é despertada a partir das perguntas que são colocadas pelo pesquisador, sendo um espaço de diálogo onde a presença do pesquisador interfere no modo como as discussões são construídas. A escolha por este instrumento foi dada pelo objetivo de apreender uma abordagem coletiva do trabalho realizado em CAPS. Diferentemente da entrevista, o grupo focal estimula o debate, possibilitando que as colocações de um participante influenciem as de outros, bem como seja influenciada. Além disso, permite que o pesquisador conheça, ainda que numa situação artificial, alguns modos de interação e relação entre os participantes, incluindo as relações de poder que ali se apresentam bem como os lugares ocupados por cada um deles (MIRANDA et. al., 2008).

Os grupos focais também sofreram adaptações para sua realização. Além de serem realizados remotamente, foi necessária uma redução no número de encontros, de quatro grupos programados só foi possível a realização de três. Isto se deu pela prorrogação de entrada em campo devido à pandemia, mas também em decorrência da proximidade de término do contrato

anual que regulamenta a inserção dos profissionais no CAPS<sup>38</sup>. Desta forma, caso mantivéssemos o quarto grupo focal correríamos o risco de não manter os mesmos participantes nos quatro grupos e realizar um grupo de restituição com uma equipe composta por novos integrantes, já que a previsão era o término do contrato com a Fundação Municipal de Saúde em dezembro e os novos contratados, ou recontratados, assumirem suas funções no CAPS em janeiro de 2021<sup>39</sup>.

Próximo às datas para a realização do primeiro grupo focal, realizei nova apresentação em reunião de equipe para lembrar a proposta dos grupos e definir os profissionais que comporiam os mesmos. Entretanto, naquele momento, a equipe não se colocou. A definição dos profissionais que participariam dos grupos focais precisou da intervenção da diretora e coordenadora do CAPS em horário posterior à reunião. Como não estava presente, perguntei o que ambas achavam sobre a receptividade dos profissionais à inserção nos grupos. A coordenadora expôs que, apesar do interesse no tema da pesquisa, o horário das 13:00, logo após o almoço e antes da reunião, tornava o período curto para muitas atividades. Tendo em vista que os profissionais não trabalham todos os dias no CAPS, devido às respectivas cargas horárias, propus que os encontros ocorressem um pouco antes da reunião de equipe, pois seria um turno com participação possível para a maior parte dos profissionais. Em pactuação com a direção e coordenação do CAPS, ficou acordado que não haveria problema com o fato dos profissionais acessarem a reunião do serviço com certo atraso, para que pudessem participar dos grupos focais com maior tranquilidade.

Apesar de todas dificuldades, foi possível realizarmos os três grupos focais pela plataforma Skype. A opção por esta plataforma se deu em função do grupo já utilizá-la para as reuniões e supervisões do CAPS, o que nos fez supor maior familiaridade com os instrumentos e manuseio da mesma. Para facilitar a comunicação entre os participantes, foi criado um grupo de whatsapp, no qual foi ratificada a proposta e o objetivo dos encontros, bem como os devidos ajustes em relação às datas propostas e ao horário de início e término dos encontros.

Os grupos focais foram realizados com oito<sup>40</sup> participantes, cada um. Os participantes foram os mesmos em ambos os grupos. Os profissionais participantes se dividiram entre: um

---

<sup>38</sup> Apesar de se tratar de um equipamento público, toda equipe é composta por profissionais contratados. Este contrato tem validade de um ano, podendo ser renovado.

<sup>39</sup> Este quadro se reconfigurou com um processo seletivo que viria para garantir alguns direitos pelo regime da CLT, mas tal processo foi adiado por questões diversas. Assim, o contrato que findaria em dezembro se estendeu para o início de 2021. Ao término do período de campo da pesquisa, os integrantes dos grupos realizados ainda se mantinham no CAPS.

<sup>40</sup> A princípio seriam nove participantes, mas uma profissional, após o início do grupo, informou que não conseguiria participar no horário combinado para iniciarmos. Também não compareceu aos demais encontros.

psicólogo, um psiquiatra, uma assistente social, duas acompanhantes domiciliares, uma residente em saúde mental, também psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma técnica de enfermagem. Cabe destacar que a técnica de enfermagem se fez presente nos grupos realizados, entretanto não se colocou em momento algum nos encontros, por vezes a conexão de internet da profissional falhava.

Os grupos foram realizados nos dias 16/11/2020, 07/12/2020 e 01/02/2021, a duração de cada grupo se deu entre uma hora e uma hora e meia.

O grupo de restituição realizado se deu a partir da construção de duas narrativas, cada qual referente aos encontros que tivemos. Onocko (2011) faz referência a este segundo momento como grupo hermenêutico, que tem por objetivo validar o material alinhavado pelas narrativas, mas também produzir efeitos de intervenção por meio das associações, acréscimos, comentários e afetos despertados pelas narrativas. A autora adverte que além de fornecer as intenções conscientes dos sujeitos envolvidos por meio de uma sequência de acontecimentos, as narrativas também comportam múltiplas vozes, instituições e acontecimentos envolvidos naquilo que é narrado. Por este motivo, as narrativas devem agenciar um fluxo de ideias, descrevendo acontecimentos e construindo sentidos apresentados durante os grupos focais que possibilite aos participantes reconhecer o grupo ao qual pertenciam no texto e ressignificar uma verdade, que sempre será histórica.

A construção de narrativas, tal como a concebemos, é fruto de um processo relacional configurado em um espaço transicional (MIRANDA; ONOCKO, CAMPOS, 2010; WINNICOTT, 1971), permeável às (re)vivências e conectado ao seu contexto social de produção. Num modelo político fundamentado na ação e na palavra (mas nunca uma sem a outra). (ONOCKO CAMPOS , 2011, p. 1275)

Cabe destacar que as narrativas, sob tal perspectiva, nunca estão dadas a priori, cabendo ao pesquisador tão somente reconhecê-las. Elas são sempre produções operadas através de uma relação e abertas a novos arranjos, a depender do contexto no qual se operam e nas indagações que a suscitam. A construção narrativa se operou como parte do tratamento do material produzido neste trabalho e serão apresentadas adiante.

Para os grupos focais realizados nesta pesquisa com os profissionais do CAPS, orientamos os respectivos roteiros (apêndices C, D, E) da seguinte forma. No primeiro encontro foi solicitado que os participantes escolhessem e apresentassem um caso em acompanhamento no serviço que consideravam que tenham tido êxito. Em um segundo encontro que escolhessem e apresentassem outro caso que avaliaram a condução como “mal-sucedida”. O critério de escolha dos casos comportou usuários em acompanhamento há pelo menos um ano no serviço

e que já tiveram, em algum momento do tratamento, vivenciado experiência de crise. Acreditamos que esse processo facilitou uma discussão sobre a clínica que subsidia a condução dos casos. Vale ressaltar que os roteiros foram construídos enquanto parâmetro para a mediação dos grupos, mas se propuseram abertos ao que os profissionais espontaneamente trouxeram, bem como à dinâmica própria de cada grupo.

As questões elencadas nos roteiros foram contempladas pelo grupo em sua maior parte, necessitando de pequenos ajustes que almejavam incitar a fala e o debate entre todos participantes. A apresentação dos casos se limitou ao profissional pertencente à dupla de referência do usuário em questão, sendo também este profissional que se prontificava em responder as indagações feitas ao grupo. Para que os demais se autorizassem a falar a intervenção da mediadora se fazia necessária, buscando a circulação da fala e maior interação entre os participantes, o que não ocorria de forma espontânea. Como algumas câmeras se mantinham fechadas durante os encontros, pelas razões já expostas, não temos clareza quanto aos motivos para tais restrições em uma maior interação grupal. Entretanto, supomos que tal forma de organização seja reflexo das relações que permeiam a equipe, como a definição de referências por duplas e trios, e a maneira pela qual as supervisões são conduzidas. Mas também não podemos desconsiderar as implicações do formato remoto utilizado, que, como já apontado, não favorece tanta integração entre os participantes do grupo.

Num terceiro encontro foi apresentado aos integrantes a compreensão obtida sobre o tema da pesquisa a partir da interpretação do material produzido nos grupos realizados. Após a leitura das narrativas que abaixo serão apresentadas, foi fomentada uma discussão junto aos profissionais, de forma que puderam fazer suas considerações a respeito do que fora produzido sobre as estratégias clínicas operadas no CAPS. Este grupo foi realizado cerca de dois meses depois do segundo grupo, porque foi o tempo necessário para a sistematização e compreensão do material empírico. Neste último encontro, um integrante não pode estar presente devido a uma intercorrência no CAPS. Dentre as ponderações realizadas pelo grupo, que corroborou com as narrativas feitas sobre os casos apresentados, alguns participantes destacaram os efeitos dos grupos focais para a realização do trabalho no CAPS. Principalmente após se ouvirem nas narrativas, estes profissionais apontaram o quanto a falta de tempo para a efetiva discussão dos casos tem produzido alguns pontos cegos no direcionamento do trabalho. Um profissional apontou que as narrativas “*alinhavaram*” o trabalho feito até então, que por vezes fica muito solto e sem avaliação da equipe sobre os caminhos que vêm sendo seguidos. Ao final, o grupo solicitou que ambas narrativas fossem disponibilizadas para o acesso aos demais integrantes da equipe, sendo posteriormente anexadas aos devidos prontuários.

#### 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento da pesquisa foi balizado pelos procedimentos éticos das resoluções nº 466/2012, que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e nº 510/2016, que embasa a análise ética de pesquisas na área de ciências humanas e sociais.

Após apresentação e qualificação deste projeto junto à banca examinadora, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino proponente em 24 de maio de 2020, com as devidas alterações sugeridas pela banca. Após aprovação por meio do parecer número 4.131.343 pelo CEP- ENSP em 02 de julho de 2020, sob CAAE número 32359120.1.0000.5240, o projeto foi encaminhado para a Divisão de Ensino e Pesquisa que responde, tal qual um CEP, pelas pesquisas realizadas nos CAPS do município de Niterói. Com a aprovação da referida Divisão, após apresentação à mesma do parecer do CEP ENSP supracitado, a inserção em campo se deu após autorização concedida pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Além da pesquisa necessitar de autorização da Fundação Municipal de Saúde de Niterói e concordância da direção do CAPS para sua realização, foi encaminhado aos profissionais da equipe, interessados em participar deste estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma individual (Apêndice G). O TCLE, imprescindível no procedimento de pesquisa com seres humanos, visa oferecer segurança aos sujeitos participantes, a fim de não permitir qualquer tipo de imposição ou constrangimento caso resolvam abandonar ou não aceitar sua participação na pesquisa.

Mediante confirmação e assinatura do TCLE pelos participantes, foram acordados os dias e horários para a realização dos grupos focais. Estes tiveram duração média de uma hora e trinta minutos, contando com número de participantes entre oito e nove profissionais.

Os instrumentos de pesquisa foram testados no CAPS de atuação da pesquisadora, com objetivo diferente do proposto neste estudo. Essa testagem teve a finalidade de verificar as inconsistências de tal ferramenta, para que a referida técnica grupal e seu roteiro pudessem ser ajustados.

O anonimato dos participantes foi garantido neste estudo pela utilização de pseudônimos. Destacamos ainda que as gravações dos grupos focais, por meio de aparelho eletrônico de voz, somente foram realizadas após todos seus participantes expressarem anteriormente autorização para tal fim.

O material resultante dos grupos focais realizados foi gravado em meio eletrônico, transcrito em arquivos digitais e será guardado pela pesquisadora – em total segurança e sigilo – por um período de cinco anos.

## 5.5 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE

O material empírico construído a partir da inter-ação entre os participantes dos grupos focais foi analisado a partir da ótica da hermenêutica filosófica. Sob tal perspectiva o discurso, a experiência e os afetos que atravessaram os grupos foram relacionados com o contexto e tempo histórico no qual foram produzidos. Para essa abordagem a compreensão é algo produzido de modo participativo e dialógico, o que faz com que o significado seja negociado mutuamente no ato da interpretação. Desta forma, o significado é fruto de um consenso produzido entre o campo de estudo com seus participantes, o pesquisador e um determinado contexto histórico (SCHWANDT, 2006).

Segundo Onocko Campos (2011), o processo de interpretação que tem com referência a hermenêutica filosófica não visa alcançar significados ocultos do texto produzido. Apesar de não negar a existência do que pertence ao conteúdo latente, elege o conteúdo manifesto do texto para o trabalho de pesquisa. Minayo (2010) ressalta que ao analisar o texto o pesquisador deve expor o contexto do seu texto, dos participantes da pesquisa, bem como dos documentos que analisa por meio da exposição dos motivos e condições que leva a um determinado posicionamento. Tal condução da análise auxilia na clarificação das condições pelas quais o pesquisador analisa o texto, assim como relembrar o fato de que os sujeitos envolvidos na pesquisa são expressões de seu tempo e espaço cultural.

[...] o mundo da cotidianidade onde se produz o discurso é o parâmetro da análise, pois é o único mundo possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento da comunicação intersubjetiva, por isso é também o mundo objetivo. (MINAYO, 2010, p. 345)

Minayo (2010) destaca que o trabalho de análise do material colhido em campo se realiza buscando a compreensão dos sentidos expressos pelos próprios participantes da pesquisa. Desta forma, o sentido construído possibilita outras (re)interpretações, a partir de outras especificidades do contexto ou o surgimento de novas questões.

A partir de tais premissas, a análise do material empírico partiu da apreciação das anotações do material colhido em campo, realizadas tanto através das reuniões de equipe, supervisões, entrevistas e grupos focais. Em relação ao material produzido pelos grupos focais,

foram realizadas sucessivas leituras da transcrição dos áudios gravados, objetivando identificar núcleos argumentais. De acordo com Onocko (2011), tais núcleos são identificados a partir de frases que fazem referência ao tema abordado bem como tentam atribuir algum tipo de explicação ao mesmo dentro do próprio texto. Nesta produção de sentido construída sobre o tema, devemos estar atentos ao que o sujeito do texto valoriza em sua fala, bem como ao que atribui como causa para tais produções. Os fragmentos de discursos que representam os núcleos argumentais podem apresentar expressões ambivalentes, lacunas, não ditos, contradições que foram consideradas em nossa análise, buscando compreender as relações que se estabeleceram entre as partes do texto e seu todo.

Identificamos os seguintes núcleos argumentais:

- 1. O hospital psiquiátrico e sua histórica influência sobre o trabalho em saúde mental.**
- 2. O CAPS: construindo um lugar na rede (o lugar do CAPS na RAPS)**
- 3. Das clínicas possíveis (a coexistência de diferentes lógicas clínicas).**
- 4. Um convite ao trabalho coletivo.**

A partir destes foi realizada uma interlocução entre esses núcleos argumentais e os objetivos da pesquisa para que fossem construídos alguns eixos de análise. Estes foram colocados em diálogo com o referencial teórico e a revisão bibliográfica apresentados nesta pesquisa.

## **6. NARRATIVAS**

### **6.1 NARRATIVA GRUPO FOCAL 1: CONDUZIDOS POR JÚLIO<sup>41</sup>.**

Narrativa colhida a partir de um grupo focal realizado com o objetivo de abordar questões referentes ao manejo clínico de um caso em acompanhamento considerado como bem sucedido pelos integrantes do grupo.

Júlio chega ao CAPS Herbert de Souza (HS) após um longo histórico de internações no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), “*ele praticamente morava lá, vivia lá*”. Ao longo deste período de internações recorrentes, era atendido em um ambulatório de saúde mental. Neste

---

<sup>41</sup> Nome fictício dado ao usuário para garantir o sigilo de sua identificação.

não foi possível construções que interrompessem um circuito contínuo de internações no HPJ. Fomos informados, por este ambulatório, que Júlio passou a acessá-lo diariamente, onde passava a maior parte de seus dias. Hoje acreditamos que ele buscava uma atividade com a qual pudesse se ocupar e, talvez, organizar sua rotina.

Chegou ao HS após uma internação no HPJ que se estendeu por cinco ou seis meses, porque não desejava retornar à sua casa devido aos problemas em seu território, então “*foi ficando*” no HPJ. “*O médico do CAPS chegou até ir nessa casa*”, que possuía uma estrutura bem precária.

Começamos a nos aproximar do caso indo até o hospital, quando ele ainda se encontrava internado. Não nos lembramos do que Júlio falava, mas acreditamos que seu discurso trouxesse algo relacionado a um conteúdo persecutório, porém não temos certeza. Mas temos clareza quanto aos aspectos comportamentais que ele apresentava, como os traços de uma postura infantilizada, por vezes muito agitado, ou com atitudes bizarras, como quando pintou seu próprio corpo todo de vermelho. Ele também fazia uso de cocaína.

Apesar de Júlio já ter residido com a mãe e a irmã, sua história de vida destaca algumas características da convivência que a tornam inviável. Entretanto, o CAPS identifica ambas como figuras importantes em sua rede de apoio extra CAPS.

Em sua chegada ao CAPS HS, traçamos um primeiro Projeto Terapêutico Singular (PTS), que exigiu que realizássemos algumas reconstruções. Estas só foram possíveis ao longo do acompanhamento de Júlio, à medida que aspectos singulares se apresentavam e que o próprio Júlio nos orientava na condução do caso. Em uma destas construções do PTS, houve “*uma tentativa de inseri-lo*” como bolsista no Teatro Municipal. Entretanto, avaliamos que tal aposta foi precoce, tendo em vista os apontamentos de Júlio, que não sustentou tal proposta de trabalho indicada pela equipe.

Quando Júlio chega ao CAPS, com seu histórico de longas internações e um acompanhamento marcado por uma rotina pouco flexível, realizado por um ambulatório de saúde mental, podemos nos deparar com os efeitos dos cuidados ofertados, que pareciam retroalimentar um curto circuito de entradas e saídas no HPJ, que só cessam a partir de sua inserção no CAPS.

Alguns pontos se destacaram para que considerássemos Júlio como um caso bem sucedido. Notamos que Júlio, no CAPS, é uma outra pessoa, que gosta muito de ajudar os demais, tem participação intensa em algumas atividades, tais como o bazar, a convivência, reuniões de trabalho e a assembleia, faz uso correto de sua medicação, indica à equipe quando não está bem, solicitando que sua frequência no CAPS seja intensificada. Isto tem possibilitado

o manejo do início de suas crises no CAPS, viabilizando um novo arranjo do cuidado que vem reconfigurando suas inúmeras entradas no HPJ. Os diversos recursos terapêuticos do CAPS e uma maior flexibilidade do serviço, com seus dias e horários para o acolhimento, viabilizaram novos posicionamentos para Júlio. Notamos que Júlio se descola do lugar de paciente e passa a ajudar, opinar, participar mais. Já não tão passivo quanto antes, mas reconstruindo o uso que faz do serviço.

O cuidado que Júlio passa a oferecer aos demais usuários do serviço, inclusive no manejo de algumas situações de crise, se destaca para nós por lhe termos como paciente. Tal cuidado é extensivo ao espaço do CAPS, quando ele se posiciona para que os demais usuários zelem pelo CAPS, serviço que assume uma importante referência para sua estabilização. Júlio nos aponta que era preciso estar no serviço para organizar seu tempo, acreditamos que as atividades e rotina do CAPS o auxiliaram em sua organização.

Outro ponto apresentado foi a possibilidade do serviço manejar o início de um quadro que poderia irromper numa crise, de tal forma que uma internação não fosse necessária. Apesar de atentos ao suporte fornecido pela medicação nestas situações, Júlio sinaliza que o aumento de sua frequência no serviço se fazia necessário naquele momento. Um de nós destaca que os vínculos possibilitados pela convivência, bem como sua vinculação com a própria instituição, foram fundamentais para sua estabilização, tanto quanto o ajuste medicamentoso. A construção de vínculos por Júlio a partir do espaço da convivência configurou uma rede de suporte no CAPS que pode ser acrescida à sua rede extra CAPS, composta por sua mãe e irmã. Em suas inúmeras internações percebíamos que a falta de suporte em rede era um ponto que não favorecia seu cuidado.

Um de nós questiona sobre a construção do caso clínico a partir das discussões operadas nas reuniões de equipe e supervisões, de tal forma que a equipe disponha de tempo e espaço para se debruçar sobre o que Júlio nos apresenta. Ratificamos que os espaços coletivos de discussão são utilizados prioritariamente para demandas emergenciais, “*para apagar incêndio*”, e que dificilmente conseguimos dar sequência à discussão de um caso nos encontros da equipe, a não ser quando o caso praticamente nos obriga a tal discussão. Apesar de mantermos um diálogo constante semanal, na reunião de equipe e supervisão, e diário, nas reuniões de turno, sobre as conduções a serem tomadas pela equipe, não conseguimos nos aprofundar no estudo de um determinado caso.

De maneira geral, nossa organização para as referências no CAPS se dão através de duplas. Mas nos atentamos para as especificidades de cada caso, que pode exigir que outros profissionais sejam inseridos como referência. Assim, em casos mais complexos nossas

intervenções exigem uma articulação coletiva maior da equipe. Em relação ao Júlio, houve algumas mudanças em sua dupla de referência ao longo dos anos, apesar de um profissional ter se mantido durante este período. Notamos que apesar das trocas de profissionais, o trabalho pode ir caminhando a partir das direções apontadas por Júlio no decorrer deste processo. Somente após um período de acompanhamento, as intervenções junto ao caso puderam ser avaliadas pela equipe e validadas pelo usuário conforme as especificidades, que aos poucos, o mesmo nos trazia.

## 6.2 NARRATIVA GRUPO FOCAL 2: NA ERRÂNCIA DE CARLOS<sup>42</sup>.

Narrativa colhida a partir de um grupo focal realizado com o objetivo de abordar questões referentes ao manejo clínico de um caso em acompanhamento considerado como mal sucedido pelos integrantes do grupo.

Carlos tem marcas importantes da institucionalização em sua vida. Começamos a ter informações sobre ele principalmente através do HPJ. O mesmo acessa os serviços de saúde mental desde pequeno, quando passou a apresentar problemas relacionados à aprendizagem na escola e ao seu comportamento agressivo, que já se destacava. Morava em uma comunidade atrás do HPJ com sua família, em uma relação também marcada pela agressividade, principalmente dirigida a quem assume os cuidados por ele ou com quem reside. Atualmente, os vínculos familiares estão rompidos, o que nos parece ser consequência de seu comportamento agressivo. Sabemos que sua mãe é esquizofrênica e que necessita dos cuidados da avó de Carlos. A avó dele destacou que não teria condições de também fornecer cuidados ao neto, pois a filha já lhe demandava muita atenção. Achamos que *“a família entendeu que não dá para cuidar de Carlos”*. Temos conhecimento de um primo de Carlos, que é advogado, que talvez pudesse ser inserido na rede de cuidados oferecidos.

Suas internações no HPJ são inúmeras, sempre motivadas pela agressividade, *“heteroagressividade”*, inclusive durante as internações, quando algo inesperado ou indesejado ocorria, ele direcionava esse comportamento agressivo a alguém da equipe.

No HPJ, diversas hipóteses diagnósticas se apresentavam: déficit cognitivo, retardo mental, esquizofrenia, transtorno de personalidade antissocial. Mas o que se destaca para nós, *“independente do CID, são os momentos de grande agressividade para equipe que cuida dele”*. Atualmente, *“ele é proibido de internar na ala masculina”* do HPJ, devido às agressões e ao

---

<sup>42</sup> Nome fictício dado ao usuário para garantir o sigilo de sua identificação.

fato de quebrar muitas coisas na enfermaria. De qualquer modo, nunca tivemos questão com o diagnóstico porque sempre entendemos que ele tem uma estrutura psicótica. Diagnóstico é importante para laudos e relatórios solicitados pelo sistema judicial. Para o CAPS o que sempre foi questão diz respeito ao que fazer, sabendo que ele é um usuário agressivo

Anteriormente, Carlos era acompanhado pelo CAPS Casa do Largo, responsável pelo território no qual ele residia, mas foi encaminhado ao HS a partir de decisão judicial emitida em função de um processo que julgava uma situação ocorrida no HPJ. Tratou-se de uma situação que não nos ficou clara, mas que também não foi abordada pelos profissionais que o encaminharam. *“Tivemos que aceitar!”*

No CAPS já vivenciamos momentos de muita tensão devido ao comportamento agressivo de Carlos. Certa vez, a equipe teve de se trancar nas salas do serviço, enquanto Carlos quebrava tudo lá fora. Tínhamos receio das atitudes de Carlos e, assim como em outras situações, nossa relação com ele era direcionada pelo medo. Mas, um de nós pontua que a postura de Carlos com os demais usuários do serviço é diferente do que com a equipe, pois ele tem medo do grupo de usuários e das retaliações que pode sofrer do coletivo. Então, *“para se defender fica à margem dos demais”*. Sua participação nas atividades coletivas é muito limitada, em sua maior parte o trabalho com Carlos é realizado a partir de demandas individuais que ele traz. Provavelmente em função da história de institucionalização, ele demanda muito do CAPS, querendo estar sempre presente inclusive para se alimentar, porque se recusa a comprar a própria comida com o dinheiro que tem.

Em relação à nossa postura, percebemos que as intervenções coletivas junto ao Carlos são mais eficazes. Há muito investimento da equipe! Ao nos debruçarmos sobre o caso, pensamos em diversos momentos sobre um direcionamento clínico que nos auxiliasse nesse processo. Embora trabalhemos com duplas de referência, percebemos que para Carlos seria necessário uma mini-equipe e assim o fizemos. Mas, isso não foi suficiente para que ele não ficasse agressivo com alguns profissionais. Mudamos a referência depois da agressão. Apesar de *“ficarmos muito tomados pelas agressões, sempre precisamos pensar em estratégias para deixa-lo “menos invadido”*.

Uma de nós não concorda com a expressão “caso mal sucedido”, pois considera que a equipe conquistou coisas. Ao pensar no processo como um todo, vemos que havia algo possível com ele. Talvez tenhamos a sensação de insucesso porque parece que o caso anda em círculos: ele é encaminhado a um serviço, mas com o tempo agride profissionais e acaba sendo encaminhado para outro. Mas, o fato dele não se vincular em um só serviço, fala muito dele.

Ele não sustenta vínculos no território, pois facilmente se sente perseguido e rompe com as pessoas.

Acreditamos que a clínica em saúde mental se faz possível também pelo acesso e maior articulação com a rede, sobretudo num caso como o de Carlos, que é muito grave, tem grande dificuldade de vinculação e circula por diversos serviços. No momento, Niterói tem algumas dificuldades nessa articulação do trabalho em rede, principalmente com a Assistência Social e o HPJ. Conseguimos algumas coisas com a rede, mas com limitações.

Nos espaços que temos para a reflexão e discussão dos casos em acompanhamento, a psicanálise, principalmente de Freud e Lacan, tem orientado boa parte da equipe, inclusive nossa supervisora.

A comunicação verbal com Carlos é restrita, ele não consegue falar muito. A fala dele vem muito pelo discurso do outro, *“parece não conseguir se posicionar como sujeito”*. O que se destaca para a equipe são os aspectos referentes ao seu comportamento. Supomos que a agressividade é despertada.

Apesar de todas as dificuldades, que não são poucas, conseguimos fazer minimamente algum trabalho. Temos caminhado da forma que nos é possível, com diversas construções, muitas discussões, novos arranjos. Percebemos que somente ao longo de um certo tempo de acompanhamento alguns parâmetros foram nos servindo de baliza para a condução do caso, *“tornando possível construir algo com ele”*. No decorrer desse processo algo se destaca para nós: a condução e intervenção coletiva tem demonstrado efeitos favoráveis à clínica do caso.

## 7. NÚCLEOS ARGUMENTAIS

### 7.1 O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUA HISTÓRICA INFLUÊNCIA SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) foi inaugurado em 1953, à época a cidade de Niterói era capital do antigo Estado do Rio de Janeiro. Segundo Rocha (2003), o objetivo do governo do Estado com esta construção era ter uma referência de tratamento para os “doentes mentais”. Neste período o hospital comportava grandes pátios com sanitários e banhos de mangueiras, nos quais os internos permaneciam todo o tempo. Rocha (2003) destaca que neste período o HPJ chegou a contar com 700 internos, muitos sem leitos e que aguardavam por meses e até anos para serem avaliados por um médico. O autor pontua que o HPJ chegou a contabilizar 18 mortes de pacientes por mês nesta época. Do final da década de 60 até o início dos anos 80, o hospital cedeu parte de suas enfermarias para a UFF para o ensino e assistência nas áreas de enfermagem, psiquiatria e serviço social. Entre o final dos anos 70 e início dos 80, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro junto a outras instituições, como apontado anteriormente, iniciam um Programa de Saúde Mental com ações que buscavam a descentralização através da implantação de serviços que também atenderiam a demanda de saúde mental através dos ambulatórios e, posteriormente, dos CAPS. Em 1991, após a constituição de 1988 e a criação do SUS, o hospital foi municipalizado (ROCHA, 2003) e passou por algumas transformações ao longo dos anos seguintes, conforme expusemos no item que aborda o cenário de estudo. Dentre estas, a reconfiguração de sua proposta de trabalho, a reestruturação dos leitos públicos, maior articulação com a rede substitutiva que já se esboçava (BERMUDEZ, 2017; SANTOS, 2019). Cabe lembrar que no ano de 1992 o Ministério da Saúde instituiu a portaria 224, que ampara a substituição do modelo hospitalocêntrico pelos serviços comunitários.

Até a primeira década dos anos 2000, o HPJ era composto pela enfermaria de agudos, uma para homens e outra para mulheres, enfermaria mista para os casos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, leitos de emergência, um ambulatório, uma enfermaria de longa permanência e um albergue. Segundo Rocha (2003), estes últimos setores se destinavam aos pacientes institucionalizados sem recursos sociais e subjetivos para a alta hospitalar. Na enfermaria de longa permanência se mantinham os internos que necessitam de um intenso trabalho de investimento subjetivo para manter mínimas relações sociais. Já os internos que eram dirigidos para o albergue apresentavam certa autonomia e sua permanência neste espaço estava inserida em um projeto de ressocialização que incluía o encaminhamento para um SRT

ou um lar substituto. Atualmente, a enfermaria de longa permanência não existe mais, somente o albergue. Tendo em vista o processo de reestruturação do HPJ, afinado ao ordenamento jurídico proposto pela RP, os pacientes com histórico de longas internações foram inseridos no acompanhamento pela equipe de desinstitucionalização (DESINS) do município, que ao longo da última década fez com que o hospital prescindisse de uma enfermaria para os internos com longa permanência na instituição. A emergência do HPJ funciona 24 horas como porta de entrada para muitas situações de crise, com um fluxo contínuo no acolhimento às demandas espontâneas ou àquelas encaminhadas por outras instituições.

Rocha (2003) destaca que a internação se norteia por um PTS construído por uma equipe multidisciplinar que visa a participação da família, das equipes de saúde envolvidas e de recursos comunitários vinculados ao caso. O projeto visa, preferencialmente, a vinculação do sujeito com os serviços territoriais, seja o CAPS ou o ambulatório. O HPJ também disponibiliza espaços de discussão e circulação das propostas de trabalho através das equipes por meio de reuniões, relatos na passagem de plantões, sessões clínicas, oficinas de psicanálise, supervisões.

Ao iniciar minha participação no campo de pesquisa, uma característica da RAPS de Niterói passou a se presentificar com muita frequência nas discussões do CAPS: o lugar assumido pelo hospital psiquiátrico do município em sua rede de atenção.

É importante destacar que no organograma do município, como apontado anteriormente, o HPJ está vinculado à vice presidência de atenção hospitalar e emergência, apartado da vice presidência que responde pelos demais serviços que compõe a RAPS. Desta forma, o hospital psiquiátrico não está subordinado à coordenação de saúde mental do município, bem como é atendido pelo repasse de verbas da atenção hospitalar, fato que produz algumas implicações relevantes na possibilidade de articulação do CAPS com o hospital.

Amarante (1995) aponta o efeito centralizador do hospital psiquiátrico sobre as redes de cuidado, enquanto instituição total que passa a responder pelas diversas demandas do sujeito. Em um movimento tal qual aquele exercido por uma força centrípeta que, segundo as leis da física, puxa um corpo para o centro de uma trajetória em movimentos circulares em torno de um ponto central. Parecendo refletir esse movimento, apesar de haver uma proposta para que o HPJ se configure enquanto uma Unidade Transitória de Atenção Psicossocial (UTAP), a expansão do hospital psiquiátrico se faz presente na rede municipal<sup>43</sup> de forma muito intensa, favorecendo internações recorrentes e nem sempre tão curtas, como preconiza as diretrizes fornecidas pelo modelo da atenção psicossocial. Cabe

---

<sup>43</sup> O HPJ também realiza internações de pessoas que não residem em Niterói, podendo receber munícipes de cidades vizinhas.

relembrar que apesar de um trabalho de aproximação com as emergências dos hospitais gerais, o município não dispõe de leitos cadastrados para as internações referentes à saúde mental.

Durante as reuniões de equipe e supervisões chamou atenção a falta de estranhamento da equipe com relação aos longos períodos de internação no HPJ em determinados casos. Antes de sua chegada ao CAPS, Júlio permaneceu internado entre cinco e seis meses. Na discussão de outra usuária é apontado que a mesma se encontra há um ano internada no HPJ, no período compreendido entre setembro de 2019 e setembro de 2020.

A partir do período que estive em campo foi possível recolher um pouco das implicações que permeiam a relação entre o CAPS e o HPJ. Partindo da construção realizada através das narrativas, podemos observar que ambos usuários que motivaram a discussão nos grupos focais apresentam um histórico de acompanhamento pela RAPS de Niterói permeado por diversas internações no HPJ. Junto aos relatos colhidos nas discussões de caso em supervisões no CAPS, ganha destaque a intensa frequência de internações quando o CAPS avalia que muitas destas poderiam ter sido manejadas por serviços territoriais.

Como Rocha (2003) destacou a inserção no HPJ se realiza por demanda espontânea ou encaminhamento de instituições diversas. Assim, usuários e familiares recorrem à instituição solicitando internação, bem como serviços que não se limitam ao quadro vinculado à saúde do município. A equipe aborda que são frequentes os encaminhamentos realizados pela Guarda Municipal de pessoas que ocasionaram algum transtorno ao trânsito, aos transeuntes em vias públicas, sem que necessariamente esse acolhimento necessitasse ser realizado em um hospital psiquiátrico. Recentemente, o próprio Carlos foi encaminhado ao hospital pela Guarda Municipal com a justificativa de atrapalhar o trânsito. A equipe do HPJ não considera a necessidade de inserção no SRI, mas mesmo assim o acolhe. Em sua manutenção na emergência do HPJ, Carlos se desorganiza.

A equipe também destaca que são comuns que os hospitais gerais do município encaminhem os usuários, do CAPS e ambulatórios de saúde mental, que demandam por cuidados referentes a questões diversas de saúde, que não se restringem à saúde mental, ao HPJ. Apesar de haver um trabalho de aproximação dos gestores da RAPS com os hospitais municipais para que a intervenção destes junto à clientela dos CAPS e ambulatórios não se limite ao sofrimento mental dos usuários, mas reconheça que adoecimentos diversos também atravessam esses corpos, este ainda é um trabalho em construção.

Uma observação importante trazida por um profissional da equipe do CAPS é de que o HPJ tem dificuldades em lidar com determinados usuários, como Carlos. Este, segundo a narrativa, apresenta importantes marcas da institucionalização em sua vida e, atualmente, é

proibido de internar na enfermaria masculina devido às consequências de sua agressividade. Segunda a equipe, muitos destes usuários identificados pela RAPS como de difícil manejo são os mesmos com um histórico de longas internações, que trazem os efeitos da institucionalização que o próprio HPJ ajudou a produzir.

Outro ponto que se destaca na discussão de casos é certa dificuldade de articulação no trabalho em rede entre as equipes do CAPS e do HPJ. Como apresentado pela segunda narrativa, apesar de algumas construções se fazerem possíveis estas ainda são muito limitadas. A equipe do CAPS ressalta a importância de que o direcionamento de determinadas ações, quando o usuário se encontra internado ou no albergue do HPJ, seja construído e problematizado pelas equipes de ambos serviços e não só pelo HPJ. Em supervisão, a equipe traz seu descontentamento com a transferência de um usuário internado no HPJ para o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), após indicação de eletroconvulsoterapia (ECT), sem qualquer tipo de discussão com a equipe do CAPS, que realiza o acompanhamento deste usuário há alguns anos.

O CAPS reconhece e enfatiza o caráter imprescindível de maior fluidez nas relações estabelecidas com o HPJ. Neste sentido, vem se utilizando de diversas estratégias para uma maior aproximação com as equipes e gestores do HPJ, realizando convites para espaços de discussões mais frequentes sobre os casos acompanhados e visando uma parceria mais afinada nas intervenções propostas. Nas supervisões das quais participei, eram frequentes que integrantes de equipes que compõe o HPJ fossem convidados para a discussão de casos, principalmente daqueles que mobilizavam a rede de forma mais intensa. Dentre estes, alguns com entradas frequentes no SRI, outros com forte vinculação ao HPJ e resistência ao trabalho no CAPS, assim como os casos de residentes do albergue. Em meio a tais discussões, as equipes de ambas instituições apontavam a interferência e atravessamentos não compartilhados com as equipes de decisões tomadas pela direção do HPJ em relação ao acompanhamento de determinados casos. Diante de tal impasse o CAPS tem trabalhado visando fomentar espaços de discussão nos quais a direção do HPJ também se faça presente.

## 7.2 O CAPS: CONSTRUINDO UM LUGAR NA REDE

O CAPS HS organiza sua rotina semanal através de atendimentos individuais, grupais, oficinas, visitas domiciliares e institucionais<sup>44</sup>, reuniões de equipe, supervisões, dentre outros. Em relação às atividades e oficinas propostas aos usuários, o CAPS oferece as oficinas de saúde e bem-estar, cartonagem, culinária, beleza, bijuteria, futebol, os grupos de família, a assembleia, os grupos de acessibilidade cultural, corpo em movimento e centro de convivência<sup>45</sup>. A composição da equipe foi exposta anteriormente, mas considero importante ratificar certa instabilidade nesta, tendo em vista a frequência com que os profissionais são substituídos, seja por necessidades da FMS, término do contrato que regulamenta tal vínculo ou motivação do próprio profissional.

Antes da instauração da pandemia, o CAPS teve de se alocar em uma policlínica do município pelo período de quatro meses em função de uma obra licitada para o equipamento. Apesar de não se tratar de uma obra emergencial, o serviço foi informado sobre tal deslocamento temporário de sua sede um mês antes do início das obras. A equipe considera que este curto período dificultou a realização de comunicação com os usuários e familiares sobre a nova conjuntura que se estabeleceria, tendo em vista as especificidades da clientela atendida.

A equipe aponta o período de trabalho na policlínica como extremamente difícil, marcado pela exaustão dos profissionais, agudização dos usuários e falta de espaço para o CAPS. Na policlínica, a equipe dispunha de uma pequena sala, sem telefone, computador e acesso à internet. Depois esta sala se tornou um centro de testagem para COVID-19, tendo o CAPS de ser realocado dentro da policlínica. Somado a isto, os profissionais da policlínica tiveram dificuldades em receber e se sociabilizar com a clientela atendida pelo CAPS, o que gerou certa restrição dos usuários no acesso à policlínica.

Em uma avaliação ao final de 2020, sobre o percurso da equipe ao longo do ano, a mesma destaca que o período, e devidas adaptações na policlínica, se configura como um dos mais difíceis atravessados pelo serviço, exigindo maior resiliência da equipe do que as próprias mudanças impostas ao CAPS pela pandemia. Um dos profissionais afirma que o fato de permanecer na policlínica “*sem os muros do CAPS, que orientam o trabalho da equipe*”, teve

---

<sup>44</sup> As visitas domiciliares se fazem possíveis quando a Fundação Municipal de Saúde disponibiliza um carro para a locomoção dos profissionais, as visitas institucionais são realizadas majoritariamente por meios próprios da equipe.

<sup>45</sup> Como apontado anteriormente, as atividades grupais e oficinas foram suspensas pelas restrições sanitárias. Ao término da pesquisa de campo a equipe estava retomando algumas atividades com um número bem restrito de usuários.

papel relevante nas dificuldades apresentadas pela equipe. Como este profissional bem destacou, os muros do CAPS têm uma função relevante neste serviço, questão sobre a qual nos debruçaremos mais detidamente.

Durante o período da pandemia, para controle de acesso pelas questões sanitárias, o portão do CAPS se mantinha fechado, garantindo a entrada no serviço daqueles atendimentos agendados ou após avaliação da equipe da demanda apresentada. Entretanto, por meio das supervisões foi possível observar que, em períodos anteriores à pandemia, o portão também poderia se manter fechado de forma a resguardar a orientação clínica corroborada pela supervisora para determinados casos, como o de Carlos. Neste caso em específico, o acesso ao serviço era controlado pelo portão fechado para garantir que Carlos cumprisse os acordos de seu PTS, bem como resguardasse a equipe e o serviço do comportamento agressivo que apresentava. O portão fechado também era utilizado no direcionamento clínico para outros usuários, principalmente nos momentos de crise. Ao se dirigir para um usuário em crise uma profissional afirma:

*-“Você está demais e não pode entrar.”*

Seja no comportamento agressivo apresentado por Carlos ou nas crises dos demais usuários, alguns profissionais destacam que o fechamento do portão resguarda e organiza o trabalho no CAPS. Talvez essa estratégia utilizada pela equipe, de fechar o portão, delimitar o tempo de permanência, também esteja relacionada com o imaginário sobre o hospital. De tal forma que uma questão se coloca: ou o usuário em crise está totalmente dentro e controlado ou está fora do serviço.

Podemos aqui apontar os efeitos concretos e também os simbólicos do portão fechado. Concretamente, ele nos indica alguns direcionamentos e concepções clínicas, sobre as quais nos deteremos mais à frente. Simbolicamente, a imagem do portão fechado remete ao hospital psiquiátrico e, simultaneamente, pode indicar alguma dificuldade de abertura do CAPS não apenas aos usuários, mas aos outros pontos de atenção da rede de saúde ou intersetorial.

A porta aberta é difícil de ser codificada porque não o é por definição, é a construção de uma cultura, de uma forma de trabalho. É um movimento, o produzir as portas abertas. Diz respeito às relações entre usuários e profissionais, destes com familiares, dos familiares com a instituição, entre os profissionais, com o território, enfim, buscar a reciprocidade das relações de todos os atores institucionais entre si e com a instituição. É também uma dinâmica de trabalho que requer elasticidade, flexibilidade, disponibilidade para as transformações, para se confrontar quando as portas estão fechando. (NICÁCIO,1994, p.98)

Pelo exposto acima, da relação estabelecida entre o HPJ e a RAPS, podemos notar que o hospital psiquiátrico tem um lugar de destaque no acolhimento às crises dos usuários. A relevância do HPJ nestas situações está dada tanto para usuários, familiares e para a própria rede do município, garantindo certa idealização daquele espaço para o manejo de tais situações. O CAPS reconhece o início de um trabalho de aproximação com a atenção básica em saúde, principalmente através do PMF, para que se faça possível o acompanhamento de tais períodos mais críticos no próprio território, através de um trabalho a ser construído com os demais serviços e recursos comunitários inclusos na rede de apoio dos usuários. Apesar do CAPS reconhecer que a internação hospitalar se faz necessária em alguns momentos, defende que esta não deve ser tomada como o único recurso, devendo-se avaliar as singularidades daquele usuário, os recursos com os quais pode contar e o quadro que se apresenta em uma determinada crise.

A fala colhida nas reuniões e supervisões de equipe de que os muros do CAPS possibilitam certa orientação ao trabalho e, de certa forma, garantem proteção ao serviço me fez questionar sobre o lugar ocupado pelo CAPS na RAPS de Niterói. Os muros do serviço delimitam e fornecem reconhecimento ao espaço e ao trabalho do CAPS para a rede, o HPJ, para os usuários e para equipe? Qual a legitimação do CAPS perante a rede? Perguntas que este trabalho não tem a pretensão de responder, mas que se fazem pertinentes para analisarmos as estratégias clínicas que se fazem possíveis neste CAPS.

As narrativas apresentaram um pouco da articulação, ou da falta dela, entre o CAPS e os demais serviços da rede municipal. Como destacado no caso de Carlos, no momento, a rede municipal tem algumas dificuldades nessa articulação do trabalho em rede, principalmente com os equipamentos da Assistência Social e com o HPJ. Conforme mostramos, diversas questões sociais e familiares de Carlos se apresentaram ao longo da narrativa, sem que os dispositivos da Assistência Social se fizessem presentes na discussão, tais como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS). A equipe do CAPS faz menção às tentativas de aproximação e maior articulação com o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e os abrigos pelos quais Carlos passou, mas estas se apresentam enquanto construções pontuais e momentâneas, sem maiores desdobramentos. Segundo a equipe do CAPS, os dispositivos da Assistência Social indicam que o comportamento de Carlos inviabiliza uma aproximação para responder às demandas sociais dele.

Em relação ao HPJ, como abordamos anteriormente, o CAPS tem se engajado na construção de um trabalho orientado por uma maior articulação entre ambas as instituições.

Contudo, são frequentes as discussões de casos nas quais usuários, acompanhados pelo CAPS, quando internados tem as intervenções balizadas pela equipe e/ou direção do HPJ, sem um trabalho que considere as orientações fornecidas pelo CAPS e que indica certo fechamento do HPJ ao serviço.

A diretora do CAPS relembra que já houve um Fórum de Saúde Mental no município, espaço que poderia facilitar a construção de parcerias entre os serviços. Mas, atualmente, este fórum não existe. A mesma também destaca a importância de um trabalho com maior proximidade entre os equipamentos da própria rede de saúde mental (CAPS, ambulatórios, SRT, HPJ), além de um movimento que vem se ensaiando com o PMF para estreitar as ações do CAPS em conjunto com a atenção primária em saúde no território.

Enquanto limitações para o trabalho do CAPS no território, seja diretamente com os usuários ou na construção de parcerias institucionais, a equipe destaca a incerteza no carro que realiza as visitas, por vezes disponibilizado pela FMS. Antes da pandemia, o acesso da equipe ao território era viabilizado pelo dinheiro arrecadado na cantina<sup>46</sup> do CAPS, mas com a pandemia as atividades foram suspensas e o serviço ficou sem recursos para a locomoção da equipe. O deslocamento era realizado através da recarga de um cartão utilizado em transportes públicos.

Como ressaltado na segunda narrativa, a equipe considera que a viabilização da clínica da atenção psicossocial também está atrelada a uma efetiva articulação entre os serviços que compõe a rede, extrapolando os serviços de saúde e garantindo o acesso do usuário aos diversos equipamentos, que podem ser incluídos em uma determinada linha de cuidado.

A equipe avalia que algumas construções se fazem possíveis no trabalho com a rede, mas ainda com muitas limitações. Podemos observar que o fato do CAPS sustentar sozinho um trabalho que demanda ações de outros serviços limita muitas ações no âmbito da clínica da atenção psicossocial. Parece haver uma conjugação de fatores que contribuem para a dificuldade do CAPS desenvolver um trabalho integrado com a rede. Somado à precariedade de recursos e instabilidade de vínculos, há aspectos da dimensão da gestão que incluem a organização e sustentação de fóruns, que poderiam facilitar maior interação entre os serviços, assim como viabilizar a clínica operada pelo CAPS, como passaremos a discutir.

---

<sup>46</sup> A cantina realizava vendas de biscoito, pipoca, café, sendo uma atividade organizada e gerida pelos usuários com o suporte oferecido pela equipe técnica.

### 7.3 DAS CLÍNICAS POSSÍVEIS

Ao longo do percurso no campo de pesquisa e atenta às discussões que se presentificavam nas supervisões e reuniões de equipe, foi possível observar a intercepção de diferentes lógicas clínicas operantes no CAPS. Dentre estas discorremos sobre três orientações que se destacaram: a clínica psiquiátrica mais tradicional, *uma certa psicanálise*<sup>47</sup> e uma aposta na articulação com o território que podemos vincular à reabilitação psicossocial.

Apesar de apresentarmos tais orientações de formas distintas, elas não se operam de forma estanque, estando imbricadas nas discussões sobre os casos em acompanhamento no serviço. A distinção realizada visa garantir tão somente maior clareza ao leitor.

Nas supervisões do CAPS, observadas ao longo do trabalho de campo desta pesquisa, algumas discussões se norteavam por um modelo biomédico e tomavam a classificação diagnóstica enquanto parâmetro para as intervenções propostas. Tal modelo se aproxima do que podemos entender como uma clínica psiquiátrica mais tradicional, que se atém mais aos sintomas apresentados enquanto características patológicas a serem ajustadas. Apesar de identificarmos tal linha de intervenção como psiquiatria tradicional, gostaria de ressaltar que os psiquiatras do CAPS se posicionavam de maneira muito assertiva no que diz respeito às limitações de tal modelo sempre que eram convidados a responder às demandas que se apresentavam através de uma clínica psiquiátrica tradicional. Portanto, estamos nos referindo a uma lógica clínica \_mais ou menos encarnada em profissionais de diferentes categorias\_ que ao não considerar os diversos atravessamentos de um determinado caso, assim como uma conjuntura específica que enquadra o mesmo, acabava privilegiando aspectos comportamentais apresentados pelos usuários descolados das especificidades subjetivas de cada um. Nas narrativas apresentadas podemos observar que os aspectos comportamentais de ambos sujeitos têm destaque nas apresentações realizadas de cada caso, como as atitudes bizarras de Júlio, ao pintar o corpo todo de vermelho, e o comportamento agressivo de Carlos.

Em uma das discussões em equipe sobre o caso de Carlos, num momento que o mesmo se encontrava em situação de rua e posteriormente foi internado no HPJ, a supervisora indica a importância do serviço ter ciência do que lhe cabe, que é o tratamento de Carlos e não as questões referentes à sua moradia. Para supervisora, naquele momento, esta seria uma questão para a enfermagem na qual Carlos se encontrava internado, local que respondia por seus cuidados

---

<sup>47</sup> O termo “*uma certa psicanálise*” busca destacar que não se trata da Psicanálise tomada como um corpo homogêneo, nem de uma leitura rígida e restrita, mas destacando ser mais uma dentre as tantas que se fazem possíveis.

devido ao surto que apresentou e não à falta de moradia ou alimentação. Pela orientação dada em supervisão, o surto de Carlos é analisado por um recorte que rechaça as demais questões psicossociais que atravessam sua vida naquele momento. Contudo, a falta de alimentação e moradia podem se dar em decorrência do período de crise vivenciada e/ou se apresentar enquanto aspectos que favorecem a abertura de um surto em Carlos. A diretora do CAPS acolhe o que a supervisora traz, a partir de uma orientação mais próxima ao que identificamos como uma psiquiatria tradicional, e a convida para ir além através de intervenções junto à RAPS. Dentre os equipamentos elencados, a equipe de DESINS é sugerida pela diretora enquanto importante parceira para ser inserida no acompanhamento do caso, buscando corresponsabilização através de uma maior articulação com outros serviços, que deveriam ser convocados para discussão e intervenção junto ao caso. Segundo a lógica trazida pela diretora do CAPS, apesar da internação ter sido motivada pelo intenso sofrimento psíquico do usuário, a mesma também deveria considerar seu contexto de extrema vulnerabilidade social, que incluía a falta de alimentos, de moradia e sua permanência em situação de rua.

Nunes et. al. (2008) nos auxilia na análise do que identificamos como psiquiatria tradicional quando aborda o que chamou de modelo “biomédico humanizado”, com ênfase na psicopatologia, na tutela, em práticas de cuidado assistencialistas e normalizadoras que foram observadas em pesquisa realizada pelos autores. Tal direcionamento clínico se perpetua entre as práticas operadas em CAPS do país, conforme ratificam os estudos de Milhomens & Martin (2017), já sinalizados neste trabalho. Lima et. al. (2019) também abordam o papel de destaque ainda assumido pelo saber psiquiátrico vinculado a uma clínica mais tradicional e biomédica em muitos serviços de saúde mental no Brasil, com privilégio na descrição de aspectos comportamentais, muitas vezes atrelados ao modelo classificatório do CID10 e do DSM, em detrimento da análise sobre o funcionamento subjetivo dos casos estudados. No bojo desta análise, Campos et. al. (2010) reconhecem que o desenvolvimento dos psicofármacos ensejou o aumento da qualidade de vida dos usuários, mas advertem que, quando esta terapêutica não se associa às demais elencadas pela atenção psicossocial, observamos o empobrecimento nas práticas de cuidado. Assim, os autores apontam as limitações da clínica tradicional psiquiátrica para a amplitude do cuidado que deve ser oferecido nos CAPS.

Outra vertente que se faz presente nas supervisões do serviço é o que chamo de “*uma certa psicanálise*”. Considero importante destacar que se trata de uma orientação que se utiliza de parâmetros fornecidos pela psicanálise, sem o anseio de um modelo rígido e impermeável que não dialoga com os demais saberes. Até porque, como já enfatizamos anteriormente, os

apontamentos fornecidos pela psicanálise se somam a outras vertentes clínicas operadas neste serviço.

As leituras psicanalíticas que orientam essa vertente são, principalmente, Freud e Lacan, autores com os quais a supervisora também identifica suas intervenções, o que a equipe reconhece como um fator relevante para o direcionamento das discussões sobre os casos. Na realização dos grupos focais, os participantes também destacaram que a psicanálise tem lugar de destaque na formação do Programa de Residência em saúde mental, psiquiatria e psicologia que ocorrem no município.

O trabalho neste serviço é norteado por duplas de referência, mas também é possível que a referência seja constituída por uma miniequipe, quando esta se faz necessária pelos usuários que demandam por maiores cuidados. Nas discussões em supervisão a apresentação e ponderações sobre os casos são realizadas majoritariamente pela dupla de referência, sem que os demais profissionais realizem muitas considerações sobre o manejo do caso. Assim, a maior parte das discussões se sustenta na fala dos profissionais de referência sobre o caso por eles acompanhado e nos apontamentos da supervisora.

A equipe ressalta o anseio e a necessidade de uma efetiva discussão sobre os casos, de forma que se possa construí-lo<sup>48</sup> a partir de seu acompanhamento. Entretanto, considera que o serviço não disponha de tempo nem espaço para tal fim, apontando que se faz necessário um dispositivo próprio para sua realização, assim como certa constância na construção e discussão dos casos. Nas narrativas, o grupo identifica os espaços coletivos de discussão servindo “*para apagar incêndios*”, sempre tomado pelas urgências do serviço e com dificuldades em dar sequência à discussão de um caso, bem como aprofundar seu estudo.

A partir desta organização de trabalho e discussão, orientada por alguns princípios da psicanálise, a equipe lida com a questão do diagnóstico buscando as especificidades de uma estrutura subjetiva, bem como indícios de como construir um PTS para o usuário. Mas este, bem como sua rede de apoio, pouco aparece enquanto agente ativo nesta construção, que a princípio se dá a partir das considerações feitas pelas referências sobre o caso. Através da primeira narrativa, observamos que a equipe reconhece que Júlio já havia dado indícios que não se sentia preparado para estar no lugar de bolsista na atividade proposta pela equipe, mas esta só ouviu ou considerou sua expressão acerca da precocidade do encaminhamento em um segundo momento, quando Júlio é convidado a avaliar a construção de seu PTS. Neste caso,

---

<sup>48</sup> A construção de caso clínico será abordada adiante. (VIGANÒ, 1999)

observamos que não houve uma participação mais direta ou ativa do usuário e dos demais integrantes de sua rede de apoio na construção de seu PTS.

A equipe destaca, tanto nos grupos focais quanto na observação participante, que a orientação da clínica proposta busca colher os efeitos do fazer implementado, mas reconhece a necessidade de ações motivadas pelo desejo da equipe enquanto apostas perante um sujeito que, por vezes, pouco se apresenta, principalmente nos casos considerados mais cronicados.

Acrescido aos modelos supracitados, temos ambas dirigentes do CAPS, à época da pesquisa, junto a alguns profissionais, convidando a equipe a uma proposta de trabalho mais próxima ao território, com uma articulação mais potente junto aos demais serviços comunitários, o que pode ser identificado por meio das entrevistas e da observação participante. Por vezes tal proposta servia de contraponto, de forma muito interessante e produtiva, à orientação seguida pela supervisora do CAPS, que caminhava por um viés psicanalítico que enfatizava a individualização dos casos. Aqui utilizamos individualização não como sinônimo de aspectos singulares, mas tomando o usuário enquanto indivíduo segregado de uma conjuntura que necessariamente está inserida no processo de produção de saúde.

Em uma das discussões realizadas em supervisão, a equipe destaca impasses institucionais envolvidos no acompanhamento de um caso que acabara de receber alta da enfermaria masculina do HPJ e fora transferido para o albergue do hospital, no qual permanecem usuários que aguardam uma vaga no SRT ou outra construção possível referente ao seu local de moradia. Este usuário é acompanhado pelo CAPS e demais serviços da RAPS há muitos anos. Ele se recusa a sair da enfermaria para o albergue, e antes desta internação a recusa estava na transferência do ambulatório para o CAPS. Segundo as profissionais de referência, o usuário identifica o CAPS como um lugar de “*deterioração*” e o HPJ como um “*lugar seguro*”. Assim, sua saída do hospital só se daria quando encontrasse a “*perfeição*” na arte que produz<sup>49</sup>. Segundo este usuário, o CAPS é reconhecido pela *deterioração* e o HPJ pela *segurança*, o que nos remete ao que Viganò (2010) destaca enquanto uma certa função de proteção dos muros do hospital. Para o autor, este muro concreto pode ser tomado enquanto uma defesa pelo psicótico contra os perigos e a persecutoriedade da vida social, mas o trabalho das equipes envolvidas no cuidado seria substituir este muro concreto por um muro simbólico, incluindo o sujeito num outro discurso, que não aquele produzido pelo hospital (VIGANÒ,

---

<sup>49</sup> Deterioração, lugar seguro e perfeição são significantes trazidos pelo usuário, que dizem respeito à sua clínica, não sendo nosso objetivo nos determos na análise deste caso. Entretanto, consideramos que tais significantes podem sinalizar algo sobre os discursos produzidos neste cenário sobre o CAPS (deterioração), o HPJ (lugar seguro) e determinado arranjo (perfeição), subjetivo e concreto, que se almeja para que algum movimento se opere na clínica do caso.

2007). Para tanto, outros serviços se fazem necessários para o fomento e a produção de respostas não manicomial à loucura (AMARANTE, 2018).

Na discussão do caso supracitado, a equipe enfatiza que precisa pensar no que é possível para o usuário para além do HPJ, local no qual o mesmo tem privilégios que não são extensivos aos demais internos. Os profissionais também problematizam as intervenções do diretor do HPJ junto ao caso sem que as mesmas sejam abordadas com as equipes envolvidas no seu acompanhamento: CAPS, albergue, enfermaria e DESINS. A supervisora demonstra certa dificuldade em ouvir os impasses institucionais apontados pela equipe, afirma que as contradições estão na fala do usuário, não das instituições, e pontua que o HPJ não é um manicômio, tendo em vista sua proposta de trabalho. As dirigentes do CAPS tentam mediar a discussão apontando que apesar da proposta de transição institucional, o HPJ é sim um hospital psiquiátrico. Ponderam que qualquer intervenção clínica só se fará possível em conjunto a um trabalho que deverá incluir todos os serviços envolvidos: CAPS, albergue, DESINS e HPJ.

Nas pesquisas que tratam sobre a clínica em CAPS, apresentadas anteriormente, pudemos acompanhar com Dassoler e Palma (2012) que a psicanálise apresenta importantes proposições para a operacionalização da clínica nos CAPS, sem exigir a desconsideração de diretrizes que orientam o campo da saúde mental. Na mesma direção, Campos et. al. (2010) anunciam a psicanálise como aquela que convoca à reflexão da clínica nos CAPS. Por meio da escuta ao sujeito suas formas de estar no mundo se apresentam, sendo o sintoma um indicativo dessa forma singular de funcionamento subjetivo que deve ser considerado no sentido de garantir centralidade ao sujeito nas práticas de cuidado exercidas nos CAPS. Contudo, no trabalho realizada por Paulon et. al. (2011), os autores indicam um modo instituído de fazer “psi” em CAPS marcado pela escuta individualizada e construção de uma orientação terapêutica a partir das interpretações que o profissional realiza sobre um “paciente”, sem que tal construção se dê em conjunto com o sujeito atendido, seus familiares e equipe responsável pelo cuidado.

Partindo das considerações de Rinaldi (2008), já destacadas neste trabalho, sobre as contribuições da psicanálise no campo da atenção psicossocial, ratificamos o caráter imprescindível da conjugação de diferentes saberes e práticas neste campo. Segundo a autora, é o discurso do psicanalista que deve sustentar um lugar vazio, de não-saber (LACAN, 1969), que orientará a circulação dos discursos, convocando a equipe ao trabalho, direcionado pelo sujeito, e incitando a mesma a uma constante revalidação da clínica operada.

No CAPS estudado nesta pesquisa, percebemos condutas por um viés mais individualizante entremeadas por práticas mais coletivas. Partindo das observações realizadas

nas reuniões de equipe, consideramos que a abordagem individualizante da supervisora, apesar de exercer certa influência na equipe, também recebe questionamentos. Assim, ao mesmo tempo que a equipe reconhece o lugar de saber da supervisora, também consegue exercer um contraponto a tal vertente. Avaliamos que isso indica certa autonomia dos profissionais, ainda que esta não se presentifique sempre, na construção de um saber viabilizado pelo coletivo e guiado pelo saber do usuário.

Nos deteremos agora sobre a terceira vertente que se faz presente nas estratégias clínicas operadas no CAPS estudado e que vai ao encontro da proposta da reabilitação psicossocial. Segundo Guerra (2004), a reabilitação psicossocial é um campo marcado por contradições, pouco coeso e sem uniformidade. A começar pelos impasses gerados pelo próprio termo reabilitar, que indica um suposto retorno a um estado anterior no qual o sujeito se encontrava habilitado e para o qual deve retornar, o que por si só levanta uma série de questões para a abordagem no campo da saúde mental que não examinaremos neste trabalho.

Passando por contrapontos teóricos, operacionais, éticos de diversos autores, como: Pitta (1996), Saraceno (1999), Goldberg (1996), dentre outros, a reabilitação psicossocial se apresenta enquanto um vasto campo de fecundas discussões. Todavia, limitaremos nossos esforços em circunscrever parâmetros que balizaram nossa análise acerca desta vertente clínica no CAPS em questão. Com o respaldo de Viganò (1999), ratificamos que a aposta no campo da reabilitação psicossocial só se faz possível a partir da inscrição do sujeito em qualquer tentativa de inclusão, seja no trabalho, na moradia ou rede social. Para o autor é pelo sintoma, estratégia singular adotada pelo sujeito como saída para as questões que o acossam, que algum trabalho de inclusão pode ter início. Sob tal perspectiva podemos identificar a debilidade dos modelos de reabilitação psicossocial que tentam tamponar o sintoma. Nesta mesma direção, Guerra (2004) analisa a reabilitação psicossocial enquanto tentativa de articulação entre as possibilidades de participação sociocultural e político-econômica dos usuários e o trabalho subjetivo junto aos mesmos, sem perder de vista as especificidades de cada sujeito neste processo.

Enquanto indicação desta terceira vertente, aponto o trabalho das gestoras envolvidas no fomento à uma clínica mais ampliada junto à equipe, no reconhecimento da importância de um direcionamento clínico respaldado epistemologicamente, bem como atento aos aspectos político institucionais que se fazem presentes em qualquer construção clínica, independente do reconhecimento de quem as faça. A supervisora se demonstrava atenta às ponderações realizadas pela equipe em relação aos aspectos institucionais da rede, o que favorecia novas construções clínicas e certo reposicionamento do CAPS nesta rede de cuidados.

Ao problematizar relações interinstitucionais que se apresentavam como naturais para a equipe do serviço, e para a RAPS também, ambas dirigentes incitavam a equipe a um diálogo maior com a rede, favorecendo novos arranjos entre os serviços e potencializando construções clínicas que evidenciavam um caráter mais plural de suas ações.

Em meio à interceptação de diferentes lógicas clínicas, a equipe se portava de forma receptiva às novas proposições oferecidas pela coordenadora e diretora do CAPS, mas reconhecendo sua trajetória e as bases que lhe têm servido de diretriz até então. Trajetória que comporta uma orientação psicanalítica por um viés mais individualizante que, conforme apontamos, tem suas limitações quando nos orientamos por uma clínica mais ampliada (CAMPOS, 2003), mas que pôde oferecer à equipe alguma diretriz epistemológica até então. Assim, a equipe tem buscado estratégias clínicas com pontos de convergência perante as diversas possibilidades que se apresentam no campo da atenção psicossocial.

Em outra reunião, ao discorrer sobre um caso em acompanhamento no CAPS, a equipe relata que o usuário já alugou diversos quartos e não sustentou sua permanência nestes. As referências do usuário apontam algumas possibilidades para a solução desta questão, a supervisora destaca que se faz necessário entender subjetivamente o que está ocorrendo com o mesmo, qual sua história, como tem sido seu tratamento. Ela ressalta que apesar da vulnerabilidade do usuário, a equipe não deve direcionar suas ações pela tutela. Um profissional relata que em visita domiciliar encontrou o usuário na casa em meio às baratas. Diante disto, a supervisora sugere o HPJ enquanto um local de proteção, já que a equipe apontara que o usuário não se encaixava no perfil para inserção em um SRT. Alguns profissionais apontam a viabilidade de outras produções, com maior articulação entre os dispositivos territoriais e um trabalho norteado pela construção de autonomia junto ao usuário. Destacam que ele circula pelo território, respondendo pelas atividades rotineiras da forma que lhe é possível e que não está em crise, sendo possível novas apostas em sua clínica, mesmo que as tentativas anteriores não tenham viabilizado sua permanência num local onde fizesse morada. Um profissional convoca a equipe a rever o PTS do usuário, a repensar o caso e fazer uso de quantas estratégias forem possíveis para novas construções.

A equipe considera a internação no HPJ como uma medida extrema, assim propõe que outras instâncias sejam acionadas para se fazerem presentes no acompanhamento do caso, priorizando os serviços comunitários localizados em seu território. A princípio fica acordado de realizarem um trabalho mais afinado com a Assistência Social através do CentroPop, do CREAS e articulação para o acolhimento do usuário em um abrigo. Também apostam na produção de um relatório para justiça para que sua curatela seja revista. A equipe acredita que

no decorrer deste processo outros dispositivos sejam identificados também pelo retorno fornecido através do usuário a partir de tais intervenções, viabilizando pactuações que poderão indicar novos rumos à clínica do caso. Tratou-se de um movimento que nos lembrou as colocações de Guerra (2004):

Trabalhamos, ainda, na construção de um modelo que, como pode se ver, mescla diferentes proposições, sem sustentar um paradigma propriamente dito. Trabalhamos inventando, experimentando e avaliando, mais ou menos formalmente, nossas ações a partir de suas conseqüências sobre os usuários nelas envolvidos. (GUERRA, 2004, p. 91)

Ao discorrer sobre o campo da reabilitação psicossocial, Campos (2008) chega a sinalizar o que considera uma “confusão de línguas”, também identificada como uma psicanálise emaranhada a psicofarmacologia psiquiátrica. Neste mesmo sentido, Campos et. al. (2010) consideram que tal miscelânea teórica no campo da reabilitação psicossocial não tem favorecido o desenvolvimento da clínica nos CAPS. Os autores enfatizam que a proposta reformatória de garantir cidadania ao louco através de sua efetiva inclusão social fez com que o debate clínico no campo da atenção psicossocial fosse preterido. O que não impediu que reflexões e propostas sobre a clínica da atenção psicossocial seguissem seu percurso, mesmo que em pequenos passos, talvez num ritmo inferior ao demandado pelos impasses que se apresentam no cotidiano dos serviços. A integração entre psicanálise e reabilitação parece oferecer boas respostas às necessidades da atenção psicossocial, oferecendo algum esclarecimento para o que as autoras chamam de miscelânea teórica.

O que o laço social fornece ao sujeito para reabilitá-lo permanecerá dentro da série dos objetos fornecidos pelo Outro materno. Nunca vai deixar sair o sujeito de sua dependência. Essa afirmação tem uma conseqüência: uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico, por seus sintomas. Poderíamos dizer de sua espontânea reabilitação ou, mais precisamente, de sua espontânea habilitação. (VIGANÒ, 1999, p.41)

### **7.3.1 Das construções clínicas e de seus efeitos**

Conforme destacado por Campos (2003), há modelos clínicos diversos que se apresentam dentro do vasto campo da Atenção Psicossocial. Assim, apesar de podermos indicar estratégias clínicas que se entrelaçam e das quais as equipes se utilizam em sua rotina de trabalho, não se faz possível anunciar um padrão mais adequado para a clínica aplicada nos CAPS. Cada modelo clínico em questão estará relacionado a um determinado contexto, aos

recursos disponíveis em cada serviço, às especificidades da equipe (LEAL & DELGADO, 2007), com isto gostaríamos de compartilhar alguns efeitos a partir das injunções clínicas que se apresentam no CAPS estudado.

Para tanto, utilizaremos as narrativas sobre os casos de Júlio e Carlos para discutir o que seriam os resultados do tratamento e sua ligação com as vertentes clínicas.

Ao escolher o caso de Júlio para representar um acompanhamento tomado como exitoso, a equipe sinaliza a interrupção dos comportamentos identificados como bizarros, sua postura infantilizada e empobrecida que apresentava quando chegou ao CAPS. Também apontam uma nova postura assumida por Júlio no serviço, participando de forma mais intensa nas atividades do CAPS como a assembleia e as reuniões de trabalho, bem como construindo novas relações com os demais usuários e o próprio serviço. Ao correlacionarmos estes apontamentos como uma possível mudança de lugar subjetivo de Júlio, podemos pensar num efeito atrelado à vertente psicanalítica. Na medida em que os indícios fornecidos por Júlio são acolhidos pela equipe, esta pode traçar novo PTS a partir dos efeitos produzidos em uma primeira intervenção. As mudanças apontadas no comportamento de Júlio pela equipe, talvez atreladas a uma melhora em sua qualidade de vida, vem por acréscimo, como nos diria Lacan, no bojo dos efeitos colhidos de um trabalho no qual a equipe se deixou guiar por Júlio, atenta às suas especificidades e limitações.

Durante os grupos focais, fica implícito que as não internações ou internações curtas de Júlio e demais usuários no HPJ são um indício de que outras produções estão se operando para além de um circuito que necessariamente inclua o hospital psiquiátrico. Para equipe, tal fato é destacado como um fator de êxito para o tratamento, seja pela ausência de crise, estabilização ou pela inserção de outros dispositivos no manejo de situações que relativizam o papel de destaque assumido pelo HPJ na RAPS do município. Podemos correlacionar tais efeitos à proposta da reabilitação psicossocial, pois na medida em que outros serviços da rede são acessados os percursos de Júlio não mais se restringem ao CAPS e ao HPJ, se capilariza pelo território, viabilizando um novo lugar subjetivo e social para o usuário.

Dentre os fatores que contribuíram para a estabilização do caso, a equipe aponta a função de referência do CAPS enquanto organizador do cotidiano de alguns usuários e, consequentemente, viabilizando maior organização psíquica, o que parece caminhar na mesma direção dos apontamentos de Leal & Delgado (2007), tal como sinalizamos em sessões anteriores desta dissertação.

O propósito de fazer do CAPS um dispositivo da desinstitucionalização exigirá, assim, a consideração do cotidiano. A partir da tematização deste “lugar” onde a vida acontece, acessaremos tanto a vida institucional e o cuidado ali oferecido, quanto a experiência desses sujeitos nas redes que os constituem e das quais eles se valem para sustentar sua existência. [...] Como desenhar intervenções que não tratarão a história vivida pelo paciente nem como mero sintoma a ser ultrapassado, nem como destino a ser cumprido, mas que, partindo dela, terão o propósito de facilitar a sua reescrita? (LEAL & DELGADO, 2007, p.142)

A tentativa da equipe em inserir Júlio em uma atividade laborativa, garantindo acesso e maior circulação pela rede demonstra certo peso da vertente da reabilitação psicossocial, com pouco diálogo com a psicanálise, de forma contrária ao que vínhamos apontando até então enquanto proximidade entre estes dois campos. Se esta inserção se desse enquanto fruto do reposicionamento subjetivo de Júlio e não motivada pelo desejo da equipe, poderíamos sinalizar a interseção da psicanálise nesta discussão. Entretanto, ressaltamos um limiar muito sutil entre o acolhimento às questões do sujeito e as proposições que são colocadas pela equipe, que também incluem o desejo desta enquanto importante fator no direcionamento do tratamento e não do sujeito.

A este respeito, podemos nos apoiar em Figueiredo (2005) que destaca que a demanda do sujeito é enigmática, furando qualquer saber prévio que a equipe possa supor possuir. Entretanto, a autora destaca que a oferta de um cardápio de atividades oferecidas pelo CAPS, a intervenção medicamentosa e o rascunho de um PTS servem às equipes enquanto protocolos que recobrem o real de um surto. Estes recursos, apesar de insuficientes para a abordagem continuada do caso, garantem tempo para o profissional se situar diante do que se apresenta. Assim, a equipe pode ir aos poucos tecendo um saber a partir do que recolhe de cada intervenção. Segundo a autora, neste processo a equipe poderá peneirar os significantes que insistem para o sujeito, num acompanhamento realizado a partir de uma tecedura orientada pelo sujeito e que sofrerá retificações a partir de novas indicações deste.

Em uma primeira construção do PTS de Júlio, houve a indicação para que ele fosse inserido em um trabalho no Teatro Municipal como bolsista. Em um segundo momento, Júlio consegue apontar que não estava preparado para aquele trabalho. Mas talvez esta fala só tenha sido possível após um movimento primeiro de aposta da equipe, que a posteriori pode colher os efeitos das ações planejadas e rearranjar seu PTS.

Guerra (2004) enfatiza que a reabilitação psicossocial se apoia em três eixos que propiciam o aumento da capacidade contratual dos usuários: a moradia, a rede social e o trabalho. Entretanto, o sujeito tem de estar implicado nas propostas e produções que lhe são concernentes, mesmo quando nos orientamos pelos princípios da reabilitação psicossocial. Esta

só se faz possível atenta às indicações de uma forma própria de construção possível a cada sujeito.

Com Carlos a equipe destaca os impasses que sua agressividade suscita para o acompanhamento no serviço. Neste caso, dentre outros aspectos, sua estabilização estaria vinculada ao controle de seu comportamento agressivo, aproximando-se do que chamamos de uma psiquiatria biomédica, cujo objetivo central é a normalização de um determinado sintoma para que o tratamento se faça possível. Em contrapartida, alguns profissionais trazem para equipe questionamentos importantes de Carlos sobre o tratamento que lhe é oferecido. Dentre estes, o fato do portão do CAPS estar constantemente fechado para ele, impossibilitando o acesso aos profissionais do serviço. A diretora ressalta à equipe que Carlos se queixa de não ter ninguém para conversar no CAPS, e ratifica que os acolhimentos com Carlos são pontuais e muito rápidos. Um profissional compartilha com a equipe que em um destes momentos de “*descontrole*” de Carlos, foi até o lado de fora e percebeu outra postura do usuário quando alguém se dispõe a ouvi-lo. Carlos apresenta ao profissional suas dificuldades por permanecer em situação de rua, alegando que precisa fazer uso do banheiro, bem como suas refeições no CAPS. Outro profissional corrobora tal mudança de postura da equipe perante Carlos e sinaliza a importância da mediação com o usuário se dar pelo que ele verbaliza e não só quando chuta o portão do serviço por não ser ouvido. Tal fato traz indícios relevantes sobre a influência da psicanálise, tanto na escuta oferecida, quanto no que Carlos pode produzir a partir de sua fala, que permite que seu comportamento agressivo não seja o único indicador de quem ele é ou a única forma de se expressar na vida. Uma das referências indica que o almoço pode ser uma estratégia de vinculação a Carlos, principalmente no momento em que se encontra em situação de rua, apontando diretrizes mais explícitas para o que identificamos como reabilitação psicossocial. Isto porque, a abordagem da reabilitação psicossocial busca fomentar um trabalho que articule as questões subjetivas do usuário, mas sem perder de vista aspectos sociais relevantes implicados em seu tratamento (VIGANÒ, 1999; GUERRA, 2004; CAMPOS et. al., 2010).

Nos grupos focais, observamos que apesar do intenso investimento da equipe ao se debruçar sobre o caso, as apostas numa efetiva articulação do CAPS com demais recursos da rede de Carlos nos pareceram limitadas. Apesar de Carlos circular por diversos serviços, avaliamos que um maior investimento no trabalho articulado entre estes equipamentos poderia favorecer o tratamento de Carlos. Cabe lembrar que em decorrência das restrições impostas pela pandemia este trabalho de aproximação com a rede passa a contar com novos obstáculos. Todavia, sem desconsiderar os impasses vivenciados atualmente, Koda & Fernandes (2007)

ratificam que a desarticulação da rede empobrece a clínica, na medida em que limita o campo de ações e estratégias a serem lançadas. Conforme citado anteriormente, tal fato traz maiores dificuldades ao trabalho da equipe, assim como desmobiliza seus projetos que ao invés de se dirigirem ao território passam a operar pelo refluxo para dentro do CAPS, afastando se da proposta da atenção psicossocial (KODA & FERNANDES, 2007). O modelo clínico indicado por esta ressalta a necessária imbricação ao território, indicando uma das formas de não institucionalização da clínica operada nos CAPS pela maior proximidade aos fluxos que se articulam e desarticulam em uma determinada rede, assim como às especificidades dos contextos vivenciados pelos usuários. Vasconcelos et. al. (2013) nos advertem que a institucionalização também pode se fazer presente nos CAPS, através de um modelo de clausura quando se limita a clínica e suas ações ao interior destes serviços, processo que cronifica tanto os usuários quanto o trabalho exercido pela equipe. Como já destacamos neste trabalho, os autores sinalizam um processo de “ilhamento” em alguns CAPS, que “enCAPSulados” direcionam suas ações para dentro da própria instituição.

Nos grupos focais, a equipe também apresenta Carlos como um usuário muito demandante, solicitando ações relacionadas à sua alimentação, aos documentos perdidos, às transações no caixa eletrônico do banco. Dentre outros motivos, tal postura também pode estar associada a um movimento observado em alguns CAPS por Jesus et. al. (2018) e Campos et. al. (2010) quando estes serviços não conseguem articular seu trabalho com o território e a rede que nele é tecida. Os autores indicam que este movimento favorece a cronificação dos usuários e a transformação do vínculo de cuidado em relações de dependência que se perpetuam indefinidamente.

A despeito dos avanços que se fazem necessários junto ao trabalho territorial, a equipe avalia que a condução e intervenção coletiva tem favorecido a clínica do caso, que tem recebido intenso investimento dos profissionais do CAPS. Mas uma profissional enfatiza que o trabalho na atenção psicossocial também se faz possível através do acesso e maior articulação em rede. Tal apontamento nos indica que o caráter coletivo demandado pelo caso extrapola os muros do CAPS. Este, apesar de ocupar um lugar de referência na rede de cuidados, não deve se isolar, haja vista que sua potência se inscreve pela construção de uma rede de apoio que ultrapassa o CAPS quando nos orientamos pelo modelo da atenção psicossocial.

#### 7.4 UM CONVITE AO TRABALHO COLETIVO

A partir das observações realizadas foi possível apreender a valorização dada pela equipe aos espaços coletivos de discussão, seja nas supervisões, reuniões semanais e de turno, para abertura e fechamento de expediente, e também na receptividade e disponibilidade em participarem da pesquisa para a abordagem dos casos em acompanhamento. Cabe destacar que, apesar da pandemia, as reuniões e supervisões foram mantidas, indicando um pouco do comprometimento da equipe com esse espaço.

Contudo, tal como destacamos anteriormente, apesar da valorização dos espaços coletivos de discussão, somente os profissionais de referência do caso em questão se colocavam, se autorizando a falar sobre o mesmo. Na maioria das vezes após uma apresentação inicial pelos profissionais de referência, a supervisora realizava suas considerações acrescidas pelas reflexões das gestoras do equipamento. Entretanto, havia casos que se destacavam pelas dificuldades de manejo e condução, convocando a equipe a uma participação mais ativa, extrapolando uma forma de organização do serviço que se baliza, prioritariamente, por duplas de profissionais de referência.

Nas observações realizadas, a maioria dos casos que demandavam por construções clínicas mais coletivas eram identificados com uma estrutura psicótica. Consideramos importante realizar este apontamento pelo fato da psicanálise se apresentar como uma das vertentes clínicas em operação. Mas gostaríamos de destacar brevemente o recorte realizado na teoria de Lacan sobre as psicoses.

Zenoni (2000) apresenta os dois momentos da teoria lacaniana, dando destaque às questões que tratam sobre as psicoses da seguinte forma. Em sua primeira clínica, Lacan toma a psicose pela forclusão do Nome do Pai, tomado enquanto metáfora de referência simbólica que norteia o uso da linguagem pela neurose, conforme abordado nas sessões iniciais deste trabalho. Sob esta perspectiva, a psicose é tomada pela não inscrição da metáfora paterna, por um déficit, e pelas consequências negativas desta falta. Já em um segundo momento, Zenoni (2000) destaca que Lacan apresenta uma clínica mais “*frouxa*”, na medida em que o Nome do Pai passa a ser mais uma dentre as metáforas que podem se operar na estruturação subjetiva, permitindo a cada sujeito se orientar na ordem do simbólico, na ordem do social. Esta segunda clínica de Lacan se apresenta como não binária, mas continuísta, acentuando o que há de comum entre as estruturas (neurose, psicose e perversão) e destacando as soluções positivas e inventivas por parte do sujeito.

Então, o interesse prático e clínico dessa nova teoria é de nos permitir encontrar o sujeito psicótico no processo do seu auto tratamento e de poder nos apoiar sobre o que ele próprio inventa, seja para prolongar isso, seja para deslocá-lo. Mas sempre permanecendo no veio do que o próprio sujeito inventa, mesmo quando temos de transpô-lo a um plano mais da ordem do semblante. (ZENONI, 2000, p. 47)

Este adendo sobre as psicoses se fez necessário pela aposta clínica da atenção psicossocial que um trabalho subjetivo sempre se fará possível, independente da estrutura na qual o sujeito se localize. Sob tal perspectiva, o sintoma não se limita a ser decifrado, mas tomado enquanto efeito de criação. “[...] *O acento recai sempre mais sobre a face da reconstrução que sobre a face da revivescência [...] o que se trata é menos lembrar do que reescrever a história*” (LACAN, 1953, p.24).

Júlio indica à equipe a reescritura de sua história, que se faz com pequenos passos, requer tempo e disponibilidade para recolher as retificações que se fizerem necessárias ao longo deste caminho, seja para Júlio no enredo produzido de sua história, seja pelas reorientações que se farão necessárias no trabalho em equipe.

Este processo de trabalho, para usuários e equipe, pode ser favorecido e qualificado com o que Viganò nomeou de construção do caso clínico.

A construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição, de uma forma que parecerá paradoxal somente àquele que está doente de tecnocracia e de modelos cibernéticos. Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc. (VIGANÒ, 2010, p.2)

Sob tais aspectos, a construção de um caso exige o reconhecimento da equipe de um não-saber que favorece uma constante reformulação da clínica que opera, assim como garante maior receptividade às produções que se fazem necessárias diante os desafios de cada caso (RINALDI, 2008). Para Viganò (2011), a construção se faz possível sempre a posteriori, diferente da supervisão que se realiza a priori vinculada à ordem da interpretação. O autor propõe a construção ao invés da interpretação, construção que direcione a equipe para um ato, entendido como um ponto de não retorno, por esse motivo inclassificável como certo ou errado. Ato que faça o sujeito falar ou fomenta sua fala (VIGANÒ, 2011).

Segundo Viganò (1999), para que haja uma efetiva construção do caso a equipe deve sustentar o que chama de vazio do tempo clínico, que está relacionado com o vazio de saber e não ao vazio de assistência. Seguindo a orientação de Lacan (1969) sobre a possibilidade de circulação dos discursos em torno do vazio que deve se fazer presente pelo não saber, Rinaldi (2008) enfatiza que a construção do caso clínico não requer uma especialidade, mas exige o compromisso da equipe de constantes reinvenções perante os impasses de cada caso. Para Viganò (1999), esse compromisso de categorias profissionais diversas em torno de um propósito de construções clínicas que se operam ao longo do acompanhamento de cada sujeito pode favorecer pontos de convergência perante os múltiplos saberes que se apresentam, minimizando o que Lima (2019) identificou como “*Babel epistemológica*”, conforme destacado anteriormente neste trabalho. “*A decisão não é tomada pela maioria, mas se impõe a partir do saber que é extraído do paciente [...] Ou seja, a ideia de que seja um bem, igual para todos, produzir a verdade do paciente.*” (VIGANÒ, 1999, p.47/48)

Em um dos grupos focais, um profissional relata que no CAPS nunca houve um espaço que favorecesse a construção de um caso. Apesar de muitas discussões se darem nos espaços coletivos junto aos demais profissionais, a equipe destaca que não há sequência nas discussões dos casos, a não ser quando o caso praticamente os obriga a retomar uma discussão, o que ainda não configura uma construção de caso. Os profissionais apontam Carlos como um usuário que exige tal disponibilidade para que a equipe se debruce sobre o seu caso com maior frequência e profundidade. Entretanto, na maior parte das vezes, a equipe afirma que se sente em um movimento constante de “*apagar incêndios*”. Para Zenoni (2000), a instituição, além de um local de acolhimento, também deve permitir que a clínica se faça operar e viabilize a passagem de “*uma clínica a dois a uma clínica dita coletiva: uma clínica feita por muitos, uma prática entre vários* (ZENONI, 2000, p.15).”

Ao apresentar os efeitos colhidos com a clínica de Carlos por meio do segundo grupo focal, podemos sinalizar que apenas assumindo o lugar de aprendiz (VIGANÒ, 2010) a equipe tem a possibilidade de iniciar algum trabalho junto ao mesmo. Trabalho este favorecido pela condução e intervenção coletivas do caso, conforme o próprio grupo de profissionais enfatizou, apontando que “*a clínica no CAPS se faz no coletivo*” (FIGUEIREDO, 2005, p.49). Segundo Viganò (1999), em uma equipe o percurso de cada profissional deve ser orientado pelo trabalho coletivo, que atua como propulsor para a própria equipe e enquanto motor de convocação do sujeito para o trabalho.

A produção de um trabalho coletivo, bem como uma maior interatividade entre os saberes também são destacadas por Campos (2003) quando este nos propõe a ampliação da

clínica no processo de produção de saúde. Para o autor, as demandas apresentadas pelo sujeito não podem ser respondidas por um único saber, devendo incluir os saberes que compõe uma equipe multiprofissional e o saber que o próprio sujeito detém.

A partir da inserção em campo, pudemos observar que as construções coletivas da equipe têm sido pontuais, o que pode estar associado ao direcionamento clínico proposto por este CAPS, mas também estar relacionado ao efeito de fatores que atravessam o cotidiano do serviço. Fatores que comportam questões institucionais, políticas, sociais que necessariamente exercerão influências na clínica proposta. São sobre estes que nos deteremos a seguir.

#### **7.4.1 Produzindo soluções mais criativas perante nossas limitações**

Conforme exposto na metodologia deste trabalho, para a hermenêutica filosófica, tanto o contexto quanto o tempo histórico no qual uma pesquisa se realiza tem de ser considerados. Como uma conjuntura mais ampla do cenário político que marca o campo das políticas públicas em saúde mental já foi apresentado anteriormente, fixaremos nossa atenção nos aspectos concertes à realidade do serviço estudado.

Um aspecto que nos chamou atenção já no início da inserção em campo foi a obra no prédio do CAPS, que obrigou o serviço a se realocar para a sala de uma policlínica. Cabe pontuar que a estrutura do serviço já necessitava de reparos há alguns anos, mas estes só foram realizados em 2020 devido à demora no processo de licitação, necessário à implementação da obra. Segundo a equipe, este período foi identificado como o pior vivenciado pelos profissionais, seja pela falta de tempo hábil para comunicar tal mudança aos usuários do CAPS, quanto pela falta de estrutura mínima para a realização do trabalho na policlínica.

Acrescido à obra, também damos destaque à falta de automóvel para a realização de visitas domiciliares e institucionais. Conforme expusemos, as visitas eram realizadas com o dinheiro arrecadado na cantina do CAPS, com o qual se recarregava um cartão para a locomoção dos profissionais em ônibus. Com a suspensão da cantina durante a pandemia, o serviço passou a solicitar agendamento de um carro da prefeitura para a realização das visitas, porém este carro nem sempre era disponibilizado para o trabalho da equipe, que se deparava com mais um empecilho para o acesso aos usuários e a rede de forma mais ampla.

Ambos itens supracitados eram discretamente sinalizados nos assuntos que permeavam os encontros da equipe, mas um terceiro não era verbalizado, que diz respeito a alta rotatividade de profissionais na equipe. Conforme apontamos, até o término da pesquisa de campo, o vínculo

de toda a equipe com a FMS era regido por um contrato temporário de um ano. De tal modo, eram constantes as trocas de referências dos usuários em acompanhamento no serviço. Como este CAPS se organiza por duplas ou trios de referência fica difícil não associar tal questão como um fator de destaque para a clínica implementada. Contudo, as questões relacionadas à precarização do trabalho não eram apontadas pela equipe em sua interrelação com as estratégias clínicas.

Perante este cenário, ficamos com algumas indagações: o CAPS, enquanto serviço, faria essa função de referência, tornando menos intensos os efeitos de mudanças de profissionais? Haveria uma escolha (consciente ou inconsciente) por não tratar desse assunto, dada a ingerência sobre ele e seus efeitos diretos sobre os profissionais?

Rézio & Oliveira (2010) podem nos ajudar na reflexão dessas questões quando destacam que os frágeis vínculos empregatícios de profissionais de alguns CAPS de Mato Grosso geravam um quadro de contratos temporários, insegurança e alta rotatividade entre os profissionais. Fato que limitava as reivindicações devido ao receio de demissões e pouco viabilizava a clínica da atenção psicossocial. Os autores enfatizam que este cenário atravessa outros serviços, sendo típico do modelo neoliberal. A esse respeito, é importante atentarmos para a advertência colocada por Viganò (2010):

No campo da saúde mental, o conflito não se concentra mais na doutrina e na melhor técnica a adotar, mas continua presente de acordo com a civilização em que vivemos: sociedade do consumo e do mercado global. Portanto, para realizar o nosso debate clínico devemos nos inserir, apenas estrategicamente, na corrente da política contemporânea totalmente centrada na redução de custos. (VIGANÒ, 2010, p.3)

Viganò (2010) sinaliza atravessamos que constroem os propósitos clínicos nos serviços de saúde mental, destacando que não se faz possível permanecer alheio a este processo para que alguma resistência se produza, inclusive pela maneira de operar a clínica. Conforme Bauman (1999) nos indicou, a contemporaneidade traz as marcas da apatia e da privatização, ambas diretamente relacionadas à intensificação do individualismo que culpabiliza o sujeito por qualquer fracasso, sem que este contemple os processos coletivos nele articulados. Junto a esta conjuntura, Orlandi (2002) destaca o processo de desqualificação e mal remuneração da força de trabalho vivenciado em nossa era, bem como de precarização dos cenários de trabalho, que necessariamente trazem consequências para todos envolvidos neste processo, trabalhadores e clientela atendida. Através de uma analogia com os processos experienciados pelos profissionais que atuam em CAPS, marcados pelo sucateamento (ORLANDI, 2002) e pela individualização dos processos de trabalho (BAUMAN, 1999), ratificamos que a clínica da

atenção psicossocial sempre terá as marcas da conjuntura na qual se opera. Por este motivo, faz-se necessário a consideração do contexto no qual se produzem as estratégias clínicas. Assim,

O que não pertencia à esfera comercial transforma-se em mercadoria: é o que sucede com a água disponível, a areia quente, a floresta, mas assim também a saúde, a educação, os transportes (que deveriam ser públicos), o trabalho social (exige-se cada vez mais trabalhadores sociais que sejam rentáveis). (ENRIQUEZ, 1997, p.14)

Enriquez (1997) analisa a sociedade contemporânea marcada por uma *economia de morte*, na qual a vida humana é desvalorizada e a força de trabalho utilizada para o desenvolvimento econômico. Nesta supremacia de mercado, o autor ressalta que as variáveis humanas e sociais são rechaçadas, apesar de não se integrarem num sistema performático de equações e inequações, conforme também destacaram Bauman (1999) e Orlandi (2002).

Os profissionais do CAPS estudado apresentam indícios de certa sobrecarga de trabalho. Apesar de não trazerem tal questão para as discussões coletivas, apontam o imediatismo das ações nas constantes práticas de “*apagar incêndios*” que se apresentam a todo momento. Tais apontamentos, juntamente com o fato de não observarmos continuidade nas discussões clínicas, levaram-nos a considerar a existência de um regime de urgência na condução de muitos casos, regime este que norteia a contemporaneidade e não é exclusivo do trabalho nos CAPS. Tal como já indicado anteriormente, Bauman (1999) traz o imediatismo e o caráter efêmero das relações enquanto marca da sociedade contemporânea, regida por uma articulação social que favorece além do individualismo, o descompromisso e a passividade. Sob tal perspectiva, podemos nos questionar se ao invés de soluções condizentes com a clínica da atenção psicossocial, os CAPS têm construído saídas pela precarização para a demanda que lhe é endereçada. Constringendo suas intervenções a tal ponto, pelo cenário pouco favorável que se apresenta, que sua clínica acaba por se distanciar da proposta trazida pela atenção psicossocial.

Fiorati & Saeki (2013) também apontam o sucateamento das condições de funcionamento presente nos serviços de saúde mental de Ribeirão Preto (SP), nos quais a escassez de recursos humanos e materiais são frequentes, quadro que sobrecarrega as equipes e faz com que realizem suas atividades de forma mecanizada, com pouca abertura para a escuta das demandas apresentadas pela clientela atendida. Fator este que empobrece a clínica presente em tais espaços, conforme afirmam Rézio & Oliveira (2010). Para os autores, os contratos temporários e mal remunerados fazem parte da realidade de muitos CAPS do país, o que aumenta o grau de desmotivação dos profissionais que atuam em tais serviços. Associado a isto, a alta rotatividade dos profissionais e a falta de insumos interferem negativamente nos cuidados

ofertados, gerando impasses consideráveis ao desenvolvimento do modelo proposto pela atenção psicossocial (RÉZIO & OLIVEIRA, 2010).

Neste cenário marcado pela instabilidade dos vínculos empregatícios, com direitos trabalhistas que nem sempre são garantidos aos profissionais destes serviços, Leal & Ferrari (2019) ratificam a impossibilidade de confiança nos laços com a própria instituição na qual se trabalha. Miranda (2013) propõe o desenvolvimento da confiabilidade entre os integrantes da própria instituição, sem a qual não se faz possível um ambiente que favoreça um trabalho criativo. O conceito de confiança é utilizado pela autora atrelado à capacidade da equipe de acolher seus integrantes, à posição assumida pelo gestor, bem como à conjuntura socioeconômica, que subsidia os processos de trabalho assim como aqueles que regulam os recursos humanos. Partindo da teoria winnicottiana, a autora faz uso do conceito de espaço transicional para nos convidar à reflexão de um fazer mais criativo nos serviços de saúde.

Winnicott (1975) caracteriza o espaço transicional como uma zona de interseção entre aspectos subjetivos e a realidade que se apresenta para o sujeito. Uma região onde a dicotomia interno/externo não apresenta demarcações tão fixas, configurando maior flexibilidade entre as diversas dimensões experienciadas pelos sujeitos, dando passagem à ilusão, à fantasia, ao brincar e, conseqüentemente, à criatividade. Para o autor, a criatividade precisa de um ambiente confiável para que seja viabilizada, sendo necessário a criação de espaços favoráveis à transição entre o que chamou de mundo interno e externo, onde sonhos coexistem com a realidade empírica, numa brincadeira propícia à criatividade. Para Enriquez, o espaço transicional se configura em (...) *“área de jogo, que favorece a criatividade feliz, o pensamento enquanto capacidade de questionar tudo, de transgredir tudo, o desejo de construir objetos estéticos, o prazer de viver em conjunto, e igualmente o humor e a frivolidade, indispensáveis à atividade reflexiva”*. (ENRIQUEZ, 1997, p.36)

Miranda (2013) destaca que é através do espaço transicional que os imprevistos cotidianos podem ser acolhidos, permitindo pelo “brincar”, exercido com muito comprometimento, a solução dos impasses através de estratégias criativas para o seu enfrentamento. Mas esclarece que a criatividade fomentada por Winnicott não está atrelada à concretização de produções exitosas. Assim, nos diz o seguinte sobre a criatividade nas práticas de saúde:

Ao tratarmos dessa temática no contexto do trabalho em saúde, estaremos nos referindo à possibilidade de que os profissionais possam desenvolver uma relação espontânea e viva com seu trabalho. Não estamos, portanto, propondo um trabalho criativo voltado à produção de resultados mais engenhosos e adaptados a exigências de mercado. [...] Propomos que é através da possibilidade de ações criativas que o

profissional de saúde pode sentir que a clínica, ou cuidado, ‘valem a pena de ser exercidos’, mesmo com todo o sofrimento e a necessidade do contínuo trabalho psíquico, que lhes são inerentes. (MIRANDA, 2013, p. 11)

Assim como Bauman (1999), Miranda (2013) destaca os aspectos de uma cultura individualista, regida pelas leis do mercado, que não favorece as pré condições para o espaço transicional dentro das instituições, tais como a confiabilidade e o reconhecimento mútuo. Entretanto, há construções possíveis, mesmo perante uma conjuntura pouco propícia para que a criatividade opere e as equipes não se tornem reféns da precarização que permeia esse cenário. A autora exemplifica a produção destes espaços nas discussões de caso, nas supervisões clínico-institucionais, nas reuniões de equipe, nos colegiados gestores, nas assembleias que incluem a equipe e os usuários, nos conselhos de saúde e demais zonas de interstício que venham a ser configuradas enquanto espaços transicionais. Ao citar tais espaços, enfatiza que o fazer criativo não é algo que nasce naturalmente ou como uma espécie de “geração espontânea”, pois necessita de dispositivos que lhe estimulem, favoreçam e garantam sustentação. (MIRANDA, 2013).

As reuniões e supervisões do CAPS estudado seriam um ambiente propício para o investimento em um espaço-tempo que favorecesse ações que dessem passagem à criatividade. Primeiro por já ser um momento de encontro valorizado pela equipe, conforme apontamos, mas também por poder viabilizar a circulação da fala entre os profissionais, de forma que esta seja fomentada, efetivamente acolhida e reconhecida em suas diferenças pela equipe do serviço. Kaës (2003) traz outro aspecto relevante enquanto função do espaço transicional, que garante reconhecimento e continuidade ao percurso traçado pela equipe em sua história. “[...] *coexistir sem crise, nem conflito, o que já estava lá e o que ainda não surgiu, a herança e a criação. Esta coexistência é um momento paradoxal e fecundo porque supõe uma experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança.*” (KAËS, 2003, p.22 apud MIRANDA, 2013, p.21)

De acordo com Miranda (2013), as estratégias lançadas pela equipe a partir de um fazer reflexivo e mais criativo garantido pelos espaços transicionais permitirão outras intervenções além daquelas para “apagar os incêndios” que se apresentam. Para a autora, a discussão de um caso é favorecida pelas diferentes perspectivas apresentadas pelos integrantes da equipe, que poderão se configurar tal qual um jogo proveitoso para a construção de desenhos criativos que darão novo direcionamento ao trabalho. Trabalho este que se fará possível pela aposta coletiva no interstício entre o mundo empírico e as colocações trazidas por cada profissional.

Ao longo do período de observação dos encontros remotos da equipe, novos arranjos relacionais se apresentaram em meio às restrições impostas pela pandemia. Como já

sinalizamos, as reuniões ocorriam com diferentes modalidades de relação entre os participantes. Assim, parte da equipe se comunicava pelo chat da plataforma utilizada na reunião, seja por problemas de conexão, de áudio e vídeo ou pela possibilidade de acesso privado a um participante. As câmeras no encontro se alternavam entre abertas e fechadas e a plataforma permitia o compartilhamento de documentos, vídeos, dentre outros durante a reunião ou em qualquer outro momento. Em meio às adaptações impostas pela precariedade da realidade, talvez se anunciem forças criativas no uso das plataformas digitais de comunicação, propiciando novas e, quem sabe, potentes estratégias de lidar com o cenário que se apresenta no CAPS.

Como visto anteriormente, a clínica no CAPS demanda pluralidade e abertura à polifonia, daí a indicação de ser construída no coletivo. Talvez a não definição de uma clínica que represente por si só a proposta da atenção psicossocial, que por vezes é apontada enquanto fragilidade no movimento reformatório, se constitua em sua principal mola propulsora. Na medida em que a clínica da atenção psicossocial não está dada, mas se constitui enquanto campo marcado por constantes problematizações e reconstruções exigidas pela demanda de cada sujeito.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, buscamos analisar as estratégias clínicas que se presentificam em CAPS com o devido reconhecimento da conjuntura na qual estas se operacionalizam. Neste processo, a disponibilidade da equipe do CAPS HS, bem como da Divisão de Ensino e Pesquisa, foi essencial para nossa aproximação com a realidade de trabalho dos profissionais, mesmo durante uma pandemia, assim como o acesso aos fatores que balizam a clínica que se faz possível neste equipamento. A receptividade dos profissionais que compuseram os grupos focais também foi fundamental, na medida em que trouxeram à pesquisa o colorido da clínica implementada em dois casos acompanhados pela equipe. Considero que a proposta de refletir, e talvez avançar, sobre a clínica permitiu que os grupos se despissem do receio de certa exposição do trabalho ao discorrerem sobre suas práticas junto aos usuários.

As discussões sobre clínica e cuidado feitas no campo da saúde coletiva, que foram apresentadas no início da dissertação, não compareceram entre os fatores que atravessam o discurso dos profissionais. Não foram observadas considerações acerca do cuidado tal como sistematizado por Ayres (2009) e, tampouco, sobre as tecnologias de cuidado identificadas por Merhy (2003). Provavelmente em função da natureza do trabalho em saúde mental, pouco prescritível e controlável, também não foram notadas discussões sobre as dimensões mais racionalizadoras do cuidado, a partir do que foi apresentado no referencial teórico deste estudo. Tal fato coloca algumas questões para cujo aprofundamento não houve tempo e oportunidade no período de desenvolvimento do mestrado: haveria uma dissociação entre os campos da saúde coletiva e da saúde mental, no que diz respeito aos pressupostos teóricos que sustentam o cuidado ou a clínica? Ou, por outro lado, haveria coincidências conceituais e sobreposição de pressupostos teóricos não explicitados, ou sequer reconhecidos? Seja uma coisa ou outra, parece que a pesquisa indicou uma necessidade de ampliação do diálogo entre os campos do cuidado na saúde coletiva e da clínica na saúde mental.

Nesta dissertação, podemos identificar alguns fatores que não viabilizam a proposta clínica da atenção psicossocial. Dentre estes a articulação limitada com a rede intersetorial, na medida em que tal fator restringe o leque de intervenções que se fazem necessárias à construção e implementação de um projeto terapêutico singular. A falta de maior articulação do CAPS com a rede favorece o isolamento nas ações propostas, que além de não responder de forma adequada à complexidade da demanda apresentada ao serviço, sobrecarrega suas ações e empobrece a clínica oferecida (KODA & FERNANDES). Junto a isto, observamos o afastamento de um

princípio caro enfatizado pela RP, que se configura na construção de um outro lugar social para a loucura. Tal propósito indica que a articulação com demais recursos e serviços territoriais favorece maior circulação ao usuário, na medida em que este tem sua rede de apoio expandia ao mesmo tempo em que se viabiliza a construção de novos arranjos que não limitem sua existência à loucura (AMARANTE, 2018). Viganò (2007) afirma que a cidade tem medo da loucura e que o trabalho dos serviços de saúde mental caminha no sentido de fazer uma passagem do medo à surpresa, por meio do acolhimento do louco na cidade em seus aspectos positivos. Assim, consideramos que o CAPS deve viabilizar a inserção de outros agentes da rede intersetorial no trabalho iniciado por ele, que desta forma poderá reverberar seus efeitos pela cidade.

Dentre as indicações que favorecem a clínica da atenção psicossocial apontamos que os indícios de qual caminho trilhar sempre virão pelo sujeito (RINALDI, 2008), quando a equipe não se antecipa a este, mas lhe garante espaço e tempo para trabalhar. Sob tal perspectiva são os sujeitos que indicam os parâmetros nos quais a clínica deve se balizar, pois o saber sobre a clínica do caso só é acessado através do próprio sujeito (VIGANÒ, 1999). A partir das indicações fornecidas por este, avaliamos que a discussão de caso em equipe e construções daí advindas têm demonstrado seus efeitos positivos, principalmente nos casos identificados como de difícil manejo. Conforme ressaltado nos grupos focais, há casos que praticamente obrigam os profissionais a constantes discussões e reconstruções, convocando a equipe ao exercício coletivo da clínica (FIGUEIREDO, 2005). Um destes casos é o de Carlos, apontado pelo grupo como tendo sua clínica favorecida por uma proposta mais coletiva, apesar de todos os impasses identificados em seu acompanhamento.

Viganò (1999) salienta que para garantir maior qualidade, uma clínica feita por muitos deverá convergir para o propósito de identificar a verdade do sujeito. Precavendo-se assim de direcionamentos diversos que poderiam ser tomados dentro de uma equipe composta por diferentes profissionais. Salientamos que a verdade do sujeito não se aproxima à sua individualização, mas vai ao encontro de uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003), que considera os diversos âmbitos que atravessam a vida do sujeito, tanto em seu sofrimento quanto no processo de produção de saúde (ONOCKO CAMPOS, 2001).

A partir das análises realizadas, consideramos relevante que nos atentemos aos aspectos políticos-institucionais que atravessam a clínica. Estes aparecem de forma implícita nos discursos que permeiam o serviço e nem sempre recebem a devida atenção na influência que exercem nas práticas do CAPS. Dentre os pontos abordados sobre tais aspectos demos destaque nesta dissertação às relações interinstitucionais, principalmente com o HPJ, e o cenário de

precarização que permeia o campo de estudo e os vínculos trabalhistas dos profissionais do CAPS com a FMS.

Com o conceito de espaço transicional de Winnicott (MIRANDA, 2013), apontamos ambientes que podem viabilizar a construção de arranjos mais criativos para lidar com os diversos impasses apresentados no trabalho em CAPS. No serviço estudado, avaliamos que os ambientes de reunião e supervisão poderiam ser vividos como espaços transicionais, tendo em vista os indícios dados pela equipe de valorização destes ambientes e a relação de confiabilidade aparentemente bem consolidada entre colegas, supervisora e gestoras.

Partindo das análises sobre as estratégias clínicas presentes neste CAPS, consideramos os avanços conquistados com as propostas elencadas pela RP, mesmo em um município que ainda comporte um hospital psiquiátrico em sua rede. Ainda que com algumas limitações institucionais, conjunturais e políticas, a equipe valoriza os espaços de discussão sobre a clínica operada pelo CAPS, o que favorece a identificação de seus efeitos, impasses e pontos a se avançar.

Leal e Delgado (2007) ratificam que é pelo modo de operar o cuidado que o CAPS pode viabilizar os princípios da desinstitucionalização. Assim, podemos considerar que os preceitos de uma política antimanicomial devem ser viabilizados também pela clínica que se faz presente no cotidiano dos CAPS. Considero que em meio ao movimento de avanços e retrocessos, vivenciados atualmente no campo da saúde mental, a clínica tem papel relevante, principalmente quando atenta às especificidades de cada sujeito, viabilizada por construções coletivas e articuladas à rede territorial. Propiciando, desta forma, um Trabalho Vivo como nos adverte Merhy (2003), com possibilidade de construções singulares, que considerem um determinado contexto no qual são produzidas. Talvez assim, possamos permitir que as Estamiras não nos vejam somente como “*robôs sanguíneos*”, com intervenções pouco problematizadas, pré-moldadas e mecanizadas.

O avanço e desenvolvimento da clínica da atenção psicossocial requer abertura às reinvenções e novas apostas, num campo balizado por parâmetros que nos permitem caminhar por esta seara, mas não garantem certezas em nossas intervenções. Estas se qualificam quando se guiam por verdades provisórias, a serem confirmadas no encontro com cada sujeito que demande por cuidados.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S., BUKOWITZ, A.L.F.T., SANTOS, T.F. Investigações sobre o lugar da psicanálise na saúde mental *In: Cad. Pesq.*, São Luís, v.17, n.3, set/dez, 2010.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. D. “De volta à cidade, sr. cidadão! — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial”. *In: Revista de Administração Pública*, FGV Rio de Janeiro 52(6):1090-1107, nov. - dez. 2018.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde (p.17-39) *In: CUIDADO: trabalho e interação nas práticas de saúde IMS/UERJ*, ABRASCO Rio de Janeiro, 2009.
- AZEVEDO, C.S.; GRABOIS, V.; MIRANDA, L.; SÁ, M.C. Entre racionalização e ampliação da clínica: complexos caminhos da gestão e organização do cuidado nos hospitais. (p.185-214) *In: Organização do Cuidado e Práticas em Saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino*. SÁ, M. C.; TAVARES, M. F. L.; SETA, M.H. (org). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018.
- BARBOSA, V.F.B.; CAPONI,S.N.; VERDI, M.I.M. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *In: Saúde Soc. São Paulo*, v.27, n.1, p.175-184, 2018.
- BARROS, A. C. F. & BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *In: Revista de Psicologia da UNESP* 16(1), p. 60-74. 2017.
- BASAGLIA, F. (org.) *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- BAUMAN, Z. Ser leve e líquido (p. 7-22) *In: Modernidade Líquida*, Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BAPTISTA, TWF. & BORGES, CF. Saúde Coletiva: entre a ruptura e o conservadorismo. Relatório de Pesquisa, 2017.
- BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *In: Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005
- BERMUDEZ, K. M. O conceito de rede para os profissionais da atenção ao paciente com transtorno mental: em busca dos dispositivos de cuidado. Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva, UFF Niterói, 2017
- BIGATÃO, M.R.; PEREIRA, M.B.; ONOCKO CAMPOS, R. Resignificando um Castelo: um Olhar sobre Ações de Saúde em Rede. *In: Psicologia: Ciência e Profissão* v. 39, e185242, 1-12, 2019.
- BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. *In: Revista Physis*, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, vol.1, n.1, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular 2.<sup>a</sup> edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF, 2007.

CAMPOS, D.T.F.; CAMPOS, P.H.F.; ROSA, C.M. A Confusão de Línguas e os Desafios da Psicanálise de Grupo em Instituição In: PSICOLOGIA, CIÊNCIA E PROFISSÃO, 30 (3), 504-523, 2010.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública [online]. vol.14, n.4, pp.863-870, 1998.

\_\_\_\_\_ G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_ G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. In: Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.15, n.5, pp.2337-2344, 2010.

CARDOSO, M. J. E. Lacan e Frege: sobre o conceito de Um. In: Psicol. USP vol.21 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2010.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: Cad. Saúde Pública [online], v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>.

\_\_\_\_\_ L. C. de O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. In: Interface (Botucatu) [online]. vol.13, suppl.1, pp.545-555, 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>

CRUZ, N.; SOUZA, E.; SAMPAIO, C.; SANTOS, A.; CHAVES, S.; HORA, R.; SOUZA, R.; SANTOS, J. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. In: *APS EM REVISTA*, v. 2, n. 2, p. 97-105, 9 jun. 2020.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Minayo, M.C.S.(org) Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CRUZ NETO, O., MOREIRA, M.R., SUCENA, L.F.M. Grupos Focais e Pesquisa Social: debate orientado como técnica de investigação. In: *Ser Social(9)\_julho a dezembro de 2001*(p.159-186) Brasília: UnB, 2001

DASSOLER, V.A. & PALMA, C.M.S. A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 94-107, março 2012.

DELEUZE, G & PARNET, C. “Políticas” In : *Diálogos* São Paulo: Escuta, 1998.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. In: *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 17(2):e0021241 Editorial 3, 2019.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. Editora Atlas, São Paulo, 1989

DESVIAT, M. A institucionalização da loucura. In: *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, M. & FIGUEIRÓ, R.A. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *In: Fractal: Revista de Psicologia*, v. 22 – n. 2, p. 431-446, Maio/Ago. 2010

ENRIQUEZ, E. Prefácio *In: “Recursos” humanos e subjetividade*, Petrópolis: Ed. Vozes, 1997.

FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *In: Mental - ano III - n. 5 - Barbacena - nov. 2005 - p. 44-55.*

FIGUEIREDO, A.C. e ALBERTI, S. Apresentação. *In: ALBERTI, S. e FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). Psicanálise e saúde mental: uma aposta.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.7-18.

FIORATI, R.C. & SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *In: Saúde em Debate* Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013.

FOUCAULT, M. (1979) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_ *O nascimento da clínica*. Forense Universitária: Rio de Janeiro 5 edição (1963/2011)

\_\_\_\_\_ Crise da medicina ou crise da antimedicina *In: Verve*, 18: 167-194, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>

FREUD, S. Pulsão e suas vicissitudes *In: Obras psicológicas completas Sigmund Freud*, Imago Editora: Rio de Janeiro, 1915/1996.

\_\_\_\_\_ Uma dificuldade no caminho da Psicanálise *In: Obras psicológicas completas Sigmund Freud*, Imago Editora: Rio de Janeiro, 1917/1996.

\_\_\_\_\_ O inconsciente *In: Obras psicológicas completas Sigmund Freud*, Imago Editora: Rio de Janeiro, 1915/1996.

\_\_\_\_\_ Psicologia de grupo e análise do ego *In: Obras psicológicas completas Sigmund Freud*, Imago Editora: Rio de Janeiro, 1921/1996.

\_\_\_\_\_ O ego e o id *In: Obras psicológicas completas Sigmund Freud*, Imago Editora: Rio de Janeiro, 1923/1996.

\_\_\_\_\_ Inibição, sintoma e angústia *In: Obras psicológicas completas Sigmund Freud*, Imago Editora: Rio de Janeiro, 1925/1996.

FURTADO, J.P. & MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *In: REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL* ano IX, n. 3, set/2006.

GOMES, A., Ruben Araújo de MATTOS, R. A. (Org.) 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, p. 137-154, 2007

GOMES, Romeu et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.8, pp.2431-2439. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2431.pdf>

GONDAR, Jô A clínica como prática política. *In: LUGAR COMUM* n.19, pp. 125-134, 2004.

GUERRA, A. M.C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. In: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VII, 2, 83-96, junho/2004

JESUS, M. L.; JUCÁ, V.J.S.; NUNES, M.O. Significados sobre alta construídos em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. In: PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 19(2), 310-322, 2018.

KODA, M. Y. & FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007.

LACAN, J. O simbólico, o imaginário e o real. Conferência de 08 de julho de 1953, Sociedade Francesa de Psicanálise, 1953 Disponível em: <http://psicoanalysis.org/lacan/rsi-53.htm> acesso em 16/12/19.

\_\_\_\_\_ O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos revela na experiência psicanalítica p. 96-103 In: *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1949-1998.

\_\_\_\_\_ O seminário: livro 2 - o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1956-1985.

\_\_\_\_\_ *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1957-58.

\_\_\_\_\_ O avesso da psicanálise. In: *O seminário, livro 17*. Rio de Janeiro: JZE, 1969-1992.

\_\_\_\_\_ “A transferência e a pulsão” p.119-192 In: *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1964-2008.

LEAL, E. M. & DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização In: *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. PINHEIRO, R., GULJOR, A. P., GOMES, A.; MATTOS, R.A.(org) 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, p. 137-154, 2007.

LEAL, E. & FERRARI, I.F. A realidade social brasileira e o retrocesso na saúde mental. In: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 22(3), 421-429, set. 2019

LIMA, C.H.; SAMPAIO, T.C.S.M.; CUNHA, J.S. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(3), e290314, 2019

MACHADO, C.V., LIMA, L.D., BAPTISTA, T.W.F. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Supl 2), 2017.

MARTINS, D.S., VIEIRA, J.C.C., CASTRO, M.S.R., LIMA, M.S., PORTELLA, N.M., FONSECA, R.P.O., FIGUEIREDO, S.H.G. Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi Asa Norte no Distrito Federal. In: *HRJ (Health Residencies Journal) Edição Inaugural v. 1 n. 1*, 2020.

- MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec (2002)
- MERHY, E.E. & Franco, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. *In: Saúde Debate* 27(65):316-323, 2003.
- MEYER, G. R. A clínica da psicose no campo da saúde mental: transferência e desejo do analista. *In: REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL* ano X, n. 2, jun/2007
- MILHOMENS, A. E. & MARTIN, D. Rupturas e transformações na vida de jovens acompanhados em um CAPS adulto. *In: Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [ 4 ]: 1105-1123, 2017.
- MEZZINA, R., *Saúde mental: serviços, indivíduos e o corpo social na época do coronavírus*. *In: https://blog.cenatcursos.com.br/saude-mental-servicos-individuos-e-o-corpo-social-na-epoca-do-coronavirus/,2020* Acesso em 19/5/2020.
- MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MIRANDA, L.; FIGUEIREDO, M.D.; FERRER; A.L. ; ONOCKO CAMPOS, R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa *In: ONOCKO CAMPOS, R. et. al. (Org.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 249-277.
- MIRANDA, L. Criatividade e trabalho em saúde: contribuições da teoria winnicottiana. *In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M.C.(Orgs). Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- MIRANDA, L. & ONOCKO CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1153-1162, jun, 2010.
- NICACIO. M.F.S. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de mestrado, PUC-São Paulo, 1994.
- NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; MORAES NETO, V.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan, 2008.
- OLIVEIRA, L.A. Aprendendo a conviver com a diferença: a experiência do CAPS Hebert de Souza. Dissertação de mestrado, Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica (PUC) Rio de Janeiro, 2003.
- ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental *In: Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago, 2001.
- \_\_\_\_\_. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1269-86, 2011.

\_\_\_\_\_.Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *In: Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 2019.

ORLANDI, L.B.L. Que estamos ajudando a fazer de nós mesmos? (p. 217-238) *In: Imagens de Foucault e Deleuze – ressonâncias nietzscheanas*. RAGO, M., ORLANDI, L.B.L., VEIGA NETO, A. (org) Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2002.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Ver Saúde Pública*, vol.32 (4): 2999-316, jun.1998.

PAULON, S.M.; GAGEIRO, A.M.; COSTA, D.F.C.; LONDERO, M.F.P.; PEREIRA, R.G.; MELLO, V.R.C. Práticas clínicas dos profissionais ‘PSI’ dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. *In: Psicologia & Sociedade*; 23(n. spe.), 109-119, 2011.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; MARTINS, M. e MENDES Jr, W. V. Qualidade do Cuidado de Saúde: elementos conceituais, evolução na sua abordagem e grandes questões atuais. Cap.4 *In: Organização do Cuidado e Práticas em Saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino*. SÁ, M. C.; TAVARES, M. F. L.; SETA, M.H. (org). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018.

REIS, B.M.; LIBERMAN, F.; CARVALHO, S.R. Das inquietações ao movimento: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança. *In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação*; 22(64):275-284, 2018.

RÉZIO, L.A. & OLIVEIRA, A.G.B. Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso *In: Esc Anna Nery Rev Enferm* abr-jun; 14 (2): 346-354, 2010.

RINALDI, D.L. & BURSZTY, D.C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *In: Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>

ROCHA, E. C. Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao Prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. *In: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., Entrevistas* ano VI, nº4, p. 164-170, dez/2003.

SANTOS, M.R.P. & NUNES, M.O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil *In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação* v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011

SANTOS, M. V. Entrevista *In: Revista do CEAP/HPJ*, nº1, ano I, segundo semestre de 2019.

SANTOS, M. O território e a constituição.(p.21- *In: O País distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania* São Paulo: Publifolha, 2002.

SOARES, B.H.; SOUZA, A.X.A., SILVA, F.C.Q.; ROCHA, M.C.; MELO, P.L., CAVALCANTI,V.A. Efeitos Terapêuticos de Oficinas Dialógicas: a Fala em Contexto de Reforma Psiquiátrica. *In: Psicologia: Ciência e Profissão* v. 39, e188051, 1-18, 2019.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretacionismo hermenêutica e construcionismo social. *In: NK Denzin, YS Lincoln (org.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed. p.193-219, 2006.

SILVA Jr, A. G. & ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. (p. 27-41) *In: Modelos de atenção e a saúde da família*. MOROSINI, M. V.G.C. e CORBO, A. D. (org). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. <https://www.dicionarioetimologico.com.br/> acesso em 04/12/19

TEIXEIRA, M.O.L. & RAMOS, F.A.C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II *In: Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* vol.15 no.2 São Paulo: junho 2012.

VASCONCELOS, M.F.F.; MACHADO, D.O.; MENDONÇA FILHO, M. Acompanhamento terapêutico e Reforma Psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. *In: Psicologia & Sociedade* 25 (n. spe. 2), 95-107, 2013.

VIEIRA FILHO, N.G. & ROSA, M.D. Inconsciente e Cotidiano na Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental. *In: Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Mar 2010, Vol. 26 n. 1, pp. 49-55, 2010.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico *In: Opção Lacaniana online nova série* Ano 1, número 1, março 2010.

\_\_\_\_\_ O trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. *In: CliniCAPS* v.1 n.3 Belo Horizonte dez. 2007

\_\_\_\_\_ A clínica psicanalítica nas instituições: a construção do caso clínico em Saúde Mental. *In: Curinga - Periódico Semestral da Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais.* Belo Horizonte, nº 13, p.39-48, 1999.

ZENONI, A. A clínica da psicose: o trabalho feito por muitos. *In: Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan.* Revista Abreampos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, ano 1, n.0, 2000.

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015--.pdf> acesso em 15/10/19

## **APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE PESQUISA**

### Roteiro para a entrevista

- A coordenação do CAPS comporta subdivisões entre aspectos administrativos e técnicos? Quantas coordenações respondem pela demanda do serviço? Se mais de uma, qual a inter-relação entre estas? Existem relações hierárquicas entre as mesmas? Como se dão?
- Como se dá o modo de gestão da unidade?
- Quais são os vínculos empregatícios dos profissionais?
- Como é organizada a rotina de trabalho (distribuição de carga horária, atividades diárias, atividades coletivas com e sem a participação de usuários)?

## **APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE PESQUISA**

### Roteiro para observação participante

- Organização das diferentes atividades assistenciais e de gestão ao longo da semana.
- Quais são as atividades? Qual a frequência de cada uma dessas atividades?
- Modo como as discussões clínicas são feitas. Em que situações e espaços do serviço ocorrem? Com que frequência? Quem participa? O que costuma suscitar uma discussão? Como são finalizadas? Que resultados os profissionais esperam? Os profissionais articulam uma avaliação desses resultados? Como?
- Espaços de convivência entre usuários e profissionais, somente usuários, somente profissionais.
- Atividades externas ao CAPS.
- Como se dão as relações que se mantêm entre usuários e profissionais?
- Articulações com a RAPS.
- Quais pessoas frequentam o CAPS além dos profissionais e usuários?

## APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE PESQUISA

### Roteiro para o 1º grupo focal

- Escolha pelo grupo de um caso em acompanhamento no CAPS que considerem exitoso. Os critérios para eleição do caso incluem os usuários em acompanhamento há pelo menos um ano no serviço e que tenham vivenciado experiência de crise.
- Apresentação pelo grupo do caso, apontando seu PTS.
- O que mobilizava a equipe quando seu PTS foi iniciado? Que aspectos singulares se destacavam?
- Como era a relação do usuário com a equipe?
- Quais lugares subjetivos o usuário atribuía a cada profissional mais diretamente envolvido com o caso?
- Como foi a construção do PTS? Quais atores envolvidos?
- Qual a posição assumida pelos profissionais e pela equipe no manejo do caso?
- Quais foram as intervenções planejadas? E quais foram implementadas?
- Qual o modo como o usuário e sua rede se relacionaram com as intervenções? Quais efeitos estas tiveram?
- O que consideram que tenha contribuído para o êxito do caso?
- Como a equipe compreendeu o caso?
- Por que avaliam o caso como bem-sucedido?
- O que guiou a equipe na condução do caso?
- A equipe se reposicionou? Por quê? De que maneira?
- A equipe pode construir uma leitura do caso?
- Em que se baseou para essa construção? Alguns elementos teóricos ajudaram na construção do caso? Quais? Algum se destacou? Como? Por quê?
- Como foram as discussões? Havia disputa e/ou diálogo?

- O que definiu o caminho a ser seguido? Quais elementos orientaram a (re)definição das ações junto ao usuário?
- Como a fala do usuário, seu discurso, entrou na definição/ redefinição das ações? Houve abertura para o que foi trazido pela família e demais equipes, caso haja, nas intervenções propostas?
- Foi possível perceber alguma elaboração/reinvenção do usuário no tratamento? De que modo as atividades realizadas o ajudaram em sua estabilização?
- Consideram que os grupos e oficinas têm/tiveram alguma função nesse caso? Qual?

## APÊNDICE D: INSTRUMENTO DE PESQUISA

### Roteiro para o 2º grupo focal

- Escolha pelo grupo de um caso em acompanhamento no CAPS que considerem “malsucedido”. Os critérios para eleição do caso incluem os usuários em acompanhamento há pelo menos um ano no serviço e que tenham vivenciado experiência de crise.
- Apresentação pelo grupo do caso, apontando seu PTS.
- O que mobilizava a equipe quando seu PTS foi iniciado? Que aspectos singulares se destacavam?
- Como era a relação do usuário com a equipe?
- Quais lugares subjetivos o usuário atribuía a cada profissional mais diretamente envolvido com o caso?
- Como foi a construção do PTS? Quais atores envolvidos?
- Qual a posição assumida pelos profissionais e pela equipe no manejo do caso?
- Quais foram as intervenções planejadas? E quais foram implementadas?
- Qual o modo como o usuário e sua rede se relacionaram com as intervenções? Quais efeitos estas tiveram?
- O que consideram que tenha dificultado o manejo do caso?
- Como a equipe compreendeu o caso?
- Por que avaliam o caso como malsucedido?
- O que guiou a equipe na condução do caso?
- A equipe se reposicionou? Por quê? De que maneira?
- A equipe pode construir uma leitura do caso?
- Em que se baseou para essa construção? Alguns elementos teóricos ajudaram na construção do caso? Quais? Algum se destacou? Como? Por quê?
- Como foram as discussões? Havia disputa e/ou diálogo?

- O que definiu o caminho a ser seguido? Quais elementos orientaram a (re)definição das ações junto ao usuário?
- Como a fala do usuário, seu discurso, entrou na definição/ redefinição das ações? Houve abertura para o que foi trazido pela família e demais equipes, caso haja, nas intervenções propostas?
- Foi possível perceber alguma elaboração/reinvenção do usuário no tratamento?
- Consideram que os grupos e oficinas têm/tiveram alguma função nesse caso? Qual?

## **APÊNDICE E: INSTRUMENTO DE PESQUISA**

### Roteiro para o 3º grupo focal

Neste grupo a pesquisadora apresentará a sistematização que desenvolveu do material empírico, bem como a compreensão sobre clínica, que construiu a partir dele.

- Apresentar aos participantes a compreensão obtida sobre o tema a partir dos encontros grupais.
- Quais as considerações dos profissionais a respeito de tal interpretação sobre a clínica no serviço?

## **APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ENTREVISTA**

Prezada(o) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em meio à precarização dos CAPS”, desenvolvida por Vanessa C. Marinho, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dr.<sup>a</sup> Lilian Miranda.

O objetivo geral do estudo é analisar os pressupostos e estratégias clínicas que são operados em CAPS que vivem processos de precarização.

O convite a sua participação é porque você compõe a equipe de um CAPS escolhido para esta pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação nesta etapa da pesquisa se dará através de entrevista realizada pela pesquisadora responsável a partir de um roteiro semiestruturado com o objetivo de compreender o funcionamento geral do serviço através de questões que abordem o modo de gestão da unidade, os vínculos empregatícios dos profissionais, a rotina de trabalho, a estrutura do CAPS. Na entrevista serão colhidas informações básicas sobre o funcionamento do CAPS

A entrevista será agendada previamente com você, terá duração em torno de 1 (uma) hora e somente será gravada por aparelho eletrônico de voz caso tenha sua autorização prévia. Em qualquer momento, por sua solicitação verbal, a pesquisadora responsável poderá interromper esta intervenção caso você se sinta desconfortável. Se isso ocorrer, a pesquisadora responsável estará disponível para acolhê-la e para conversar sobre tal desconforto.

Em relação a confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas todos os protocolos serão cumpridos de acordo com normativas vigentes, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Quaisquer informações por você prestadas que possam identificá-la(o) serão preservadas pela pesquisadora responsável, sendo omitidas. Entretanto, como você ocupa posição institucional única, tal identificação pode ser realizada por terceiros de forma indireta.

Ao final da pesquisa, todo material será armazenado em local seguro, ficando sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa por cinco (5) anos, para utilização em pesquisas futuras, conforme Resolução nº466/2012, Resolução nº510/2016 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP-FIOCRUZ.

Ao final da pesquisa, será entregue ao serviço devolutiva do trabalho realizado por meio de relatório e apresentação do mesmo através de evento organizado junto à Divisão de Pesquisa e Ensino da Rede de Saúde Mental de Niterói, visando dar publicidade aos resultados alcançados pela pesquisa. Entretanto, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os participantes dessa pesquisa não serão remunerados e não terão qualquer recompensa material. Por outro lado, devem se beneficiar indiretamente, porque se espera que o estudo contribua com a reflexão sobre a clínica operada em CAPS. Os resultados serão organizados sob o formato de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública defendida publicamente na ENSP-Fiocruz e poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicados em artigos científicos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a discente (pesquisadora responsável). Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas e é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e

assim, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Contato com a pesquisadora responsável: Vanessa C. Marinho (mestranda em Saúde Pública\_ ENSP/FIOCRUZ)

Tel: (21)993740198

e-mail: vane.marinho1981@gmail.com

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em meio à precarização dos CAPS” e concordo em participar.

Autorizo a gravação.

Não autorizo a gravação.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante da Pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da Pesquisadora Responsável)

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Prezada(o) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em meio à precarização dos CAPS”, desenvolvida por Vanessa C. Marinho, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dr.<sup>a</sup> Lilian Miranda.

O objetivo geral do estudo é analisar os pressupostos e estratégias clínicas que são operados em CAPS que vivem processos de precarização.

O convite a sua participação é porque você compõe a equipe de um CAPS escolhido para esta pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação nesta etapa da pesquisa se dará através de seu consentimento para permitir a pesquisadora responsável observar sua rotina de trabalho na unidade de saúde, cujo objetivo será anotar informações e impressões pela pesquisadora responsável sobre as práticas exercidas pelo profissional de CAPS. Essa observação será apoiada por um roteiro com questões relacionadas ao trabalho cotidiano do profissional de CAPS. O período de observação será agendado previamente com você. Em qualquer momento, por sua solicitação verbal, a pesquisadora responsável poderá interromper esta intervenção caso você se sinta desconfortável. Se isso ocorrer, a pesquisadora responsável estará disponível para acolhê-lo e para conversar sobre tal desconforto.

Em relação a confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas é assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Quaisquer informações por você prestadas que possam identificá-la(o) serão preservadas pela pesquisadora responsável, sendo omitidas.

Ao final da pesquisa, todo material será armazenado em local seguro, ficando sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa por cinco (5) anos, para utilização em pesquisas futuras, conforme Resolução nº466/2012, Resolução nº510/2016 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP-FIOCRUZ.

Ao final da pesquisa, será entregue ao serviço devolutiva do trabalho realizado por meio de relatório e apresentação do mesmo através de evento organizado junto à Divisão de Pesquisa e Ensino da Rede de Saúde Mental de Niterói, visando dar publicidade aos resultados alcançados pela pesquisa. Entretanto, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os participantes dessa pesquisa não serão remunerados e não terão qualquer recompensa material. Por outro lado, devem se beneficiar indiretamente, porque se espera que o estudo contribua com a reflexão sobre a clínica operada em CAPS. Os resultados serão organizados sob o formato de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública defendida publicamente na ENSP-Fiocruz e poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicados em artigos científicos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a discente (pesquisadora responsável). Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas e é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e assim, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480  
–Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210  
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Contato com a pesquisadora responsável: Vanessa C. Marinho (mestranda em Saúde Pública\_ ENSP/FIOCRUZ)  
Tel: (21)993740198  
e-mail: [vane.marinho1981@gmail.com](mailto:vane.marinho1981@gmail.com)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em meio à precarização dos CAPS” e concordo em participar.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante da Pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da Pesquisadora Responsável)

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA GRUPO FOCAL** Prezada(o) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em meio à precarização dos CAPS”, desenvolvida por Vanessa C. Marinho, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dr.<sup>a</sup> Lilian Miranda.

O objetivo geral do estudo é analisar os pressupostos e estratégias clínicas que são operados em CAPS que vivem processos de precarização.

O convite a sua participação é porque você compõe a equipe de um CAPS escolhido para esta pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação nesta etapa da pesquisa será como integrante de dois grupos focais abordando o tema da referida pesquisa. Cada grupo será apoiado por um roteiro semiestruturado, que terá o objetivo de incitar discussões sobre as estratégias clínicas operadas no CAPS. No primeiro encontro será solicitado aos participantes que escolham e apresentem um caso em acompanhamento considerado exitoso pela equipe do serviço. Em um segundo grupo será solicitado aos participantes que escolham e apresentem outro caso que avaliaram a condução como “mal-sucedida”. O critério de escolha dos casos comportará usuários em acompanhamento há pelo menos um ano no serviço e que já tenham, em algum momento do tratamento, vivenciado experiência de crise. Esperamos que esse processo facilite uma discussão sobre a clínica que subsidia a condução dos casos. A partir do que fora apresentado pelo grupo, a pesquisadora procurará incitar a discussão sobre como os participantes avaliam os cuidados oferecidos pelo CAPS, bem como os pontos que favorecem e os que dificultam tais práticas. Um terceiro encontro será oferecido para apresentar aos integrantes a compreensão obtida sobre o tema da pesquisa a partir da interpretação do material produzido nos grupos realizados. Será fomentado junto aos profissionais a discussão sobre o que foi apresentado, de forma que possam fazer suas considerações a respeito do que fora produzido sobre as estratégias clínicas operadas no CAPS.

O objetivo da realização dos grupos focais é refletir em profundidade sobre o tema da pesquisa. Os grupos serão agendados previamente (16/11 e 07/12, ambos às 13:00) e somente serão gravados por aparelho eletrônico de voz caso tenha sua autorização prévia. O tempo de duração de cada grupo é de aproximadamente 1(uma) hora e meia.

Ao participar da pesquisa você corre o risco de sentir algum constrangimento ou desconforto emocional. Se isso ocorrer, a pesquisadora responsável estará disponível para acolhê-lo e para conversar sobre o desconforto. Além disso, você poderá interromper sua participação nos grupos, retomando quando e se quiser.

Em relação a confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas em grupo não é possível a garantia de privacidade e confidencialidade das informações prestadas por questões metodológicas, uma vez que há outros participantes presentes no momento do grupo focal. Mas a pesquisadora poderá garantir tal confidencialidade na divulgação dos seus resultados, que deverão ser de forma agregada, garantindo o sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Quaisquer informações por você prestadas que possam identificá-la(o) serão preservadas pela pesquisadora responsável, sendo omitidas.

Ao final da pesquisa, todo material será armazenado em local seguro, ficando sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa por cinco (5) anos, para utilização em pesquisas futuras, conforme Resolução nº466/2012, Resolução nº510/2016 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP-FIOCRUZ.

Ao final da pesquisa, será entregue ao serviço devolutiva do trabalho realizado por meio de relatório e apresentação do mesmo através de evento organizado junto à Divisão de Pesquisa e Ensino da Rede de Saúde Mental de Niterói, visando dar publicidade aos resultados alcançados pela pesquisa. Entretanto, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os participantes dessa pesquisa não serão remunerados e não terão qualquer recompensa material. Por outro lado, devem se beneficiar indiretamente, porque se espera que o estudo contribua com a reflexão sobre a clínica operada em CAPS. Os resultados serão organizados sob o formato de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública defendida publicamente na ENSP-Fiocruz e poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicados em artigos científicos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a discente (pesquisadora responsável). Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas e é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e assim, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Contato com a pesquisadora responsável: Vanessa C. Marinho (mestranda em Saúde Pública\_ ENSP/FIOCRUZ)

Tel: (21)993740198

e-mail: [vane.marinho1981@gmail.com](mailto:vane.marinho1981@gmail.com)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Discussões sobre a clínica da atenção psicossocial em meio à precarização dos CAPS” e concordo em participar.

Autorizo a gravação.

Não autorizo a gravação.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante da Pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da Pesquisadora Responsável)

## ANEXO 1

### RIO DE JANEIRO

Carta Pública do Coletivo Trabalhadores do CAPS III Maria do Socorro Santos - Rocinha/RJ

Compartilhamos no Esquerda Diário a carta do Coletivo Trabalhadores do CAPS III Maria do Socorro Santos - Rocinha/RJ

segunda-feira 16 de dezembro | Edição do dia



Diante do fechamento do CAPS nos dias 14 e 15 de dezembro, desassistência do acolhimento noturno no território e redução do serviço diário em função da não contratação de profissionais;

Frente a eminência de calamidade técnica da saúde pública na Cidade do Rio de Janeiro;

Diante de dois meses de atraso salarial contínuo e três anos de insegurança salarial;

Nós, trabalhadores do SUS do Centro de Atenção Psicossocial Maria do Socorro Santos, viemos a público nos posicionar frente os recentes acontecimentos.

O CAPS MSS atende ao Território Dois irmãos, na área programática 2.1 - incluindo Rocinha, Vidigal e adjacências - desde março de 2010, oferecendo à população serviço de atenção à saúde mental. Nosso trabalho é pautado pelo tratamento territorial humanizado, fruto da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O CAPS MSS presta assistência a mais de 700 pacientes. Realizamos cuidados de enfermagem, atendimento psicológico, psiquiátrico e social, bem como atividades expressivas, de convivência e geração de renda. Dispomos de 9 leitos de acolhimento noturno para usuários em crise psicossocial aguda. A clínica do CAPS MSS é baseada na dedicação e sensibilidade a imensa vulnerabilidade da população assistida, acometida pela desigualdade, violência, que se somam à segregação, preconceito e agravo impostos às pessoas com sofrimento psíquico crônico ou agudo. O trabalho do CAPS MSS e da Residência Terapêutica vinculada evitou por cerca de 10 anos centenas de internações iatrogênicas, situações de risco de suicídio e vulnerabilidade de cidadãos internações iatrogênicas, situações de risco de suicídio e vulnerabilidade de cidadãos em intenso sofrimento psíquico e social.

Ao longo dos últimos anos o CAPS MSS, no bojo dos ataques ao SUS, vem sofrendo dramaticamente a precarização de seu quadro técnico, com incerteza salarial; redução de profissionais e recursos; falta de medicações. Cada recuo da capacidade de assistência e efetividade do CAPS significa para nós trabalhadores o sofrimento, risco de desassistência e dignidade das famílias assistidas pelo CAPS com quais construímos os laços afetivos que são próprios da nossa clínica. Vemos desabar um longo e fino trabalho de construção de laços e vida.

Na última semana a precarização chegou ao ápice, de modo que a assistência precisou ser reduzida e o serviço fechado diante da ausência de reposição de profissionais e dois meses de atrasos salariais. O fechamento do CAPS Maria do Socorro, ainda que temporário, significa o absoluto desamparo à população. Nos opomos e repudiamos a redução imposta! São inaceitáveis as justificativas de falta de recursos financeiros. Nenhuma falta de recurso é imprevisível e irremediável se os responsáveis têm probidade e respeito pela população assistida. A população tem direito a assistência em saúde mental digna e de qualidade. Por nenhum serviço de saúde a menos!

Sábado, 14 de dezembro de 2019.

<http://www.esquerdadiario.com.br/Carta-Publica-do-Coletivo-Trabalhadores-do-CAPS-III-Maria-do-Socorro-Santos-Rocinha-RJ> Acesso em 29/12/19

## ANEXO 2

Jornal Atual\_ Itaguaí, 05 de novembro de 2018.

### **Pais protestam contra a falta de profissionais no Capsi Itaguaí**

Segundo relatos dos familiares, cinco profissionais foram transferidos ocasionando o comprometimento no tratamento de crianças com transtornos mentais no município

#### **DESCASO**

A saúde pública de Itaguaí sofre mais uma vez com os descasos e desmandos do prefeito Carlo Bussato Junior, o Charlinho (MDB). Na manhã desta segunda-feira (5), familiares de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi) Casinha Azul fizeram um ato para protestar contra a falta de profissionais na instituição, o que compromete seriamente o atendimento dispensado ao público que necessita de atenção e tratamento aos portadores de transtornos mentais. De acordo com familiares dos assistidos, a prefeitura retirou cinco profissionais da área de psicologia da unidade, o que ocasionou o cancelamento das consultas.

Para Joismara Correa Abreu, mãe de um paciente autista, a falta dos profissionais compromete o trabalho desenvolvido pelo Capsi. “É uma crueldade mexer com algo que vem funcionando no município. É um absurdo o que o prefeito está fazendo”, disse.

Ainda segundo os relatos dos familiares, não é a primeira vez que o Capsi Casinha Azul sofre com os descasos da prefeitura. No ano passado, o centro ficou fechado por cerca de um ano. De acordo com os acompanhantes, a prefeitura alega falta de recursos. “A prefeitura diz que não tem recursos, mas ela recebe uma verba de R\$ 100 mil do Governo Federal, destinada aos Caps do município”, relatou Alessandra Lopes, mãe de um paciente.

Além de comprometer o tratamento dos pacientes, a falta dos psicólogos afeta também os familiares. “É aqui no Capsi que encontramos tratamento para as nossas crianças e para nós também. Muitos pais são ajudados aqui”, relatou Eliezer Xavier, outra mãe de paciente.

Para protestar contra essa situação, os manifestantes caminharam até a prefeitura com faixas e cartazes pedindo a volta dos profissionais. Um dos pacientes que participou do protesto disse que está aguardando a medicação para continuar a o tratamento. “Eu preciso muito dos psicólogos que foram demitidos. Eu me sinto mal, a minha medicação está acabando e não tem quem possa prescrever”, reclamou o paciente Ulisses Eduardo da Silva.

Além do protesto nas ruas, os pacientes e familiares redigiram um documento formalizando as reivindicações e o encaminharam ao Conselho da Criança e Adolescente. Eles também se mobilizaram em torno de um abaixo-assinado para ser encaminhado ao Ministério Público.

#### **Vereadores acompanham o caso**

O Vereador Waldemar Ávila (PHS) acompanhou o protesto e prometeu encaminhar ofícios ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Municipal de Saúde da Câmara Municipal de Itaguaí cobrando providências que viabilizem o retorno dos profissionais à rotina de funcionamento do Capsi. “É um descaso total por parte do prefeito, que não está atuando a favor da população”, disse o vereador ao ATUAL.

O vereador André Amorim também se pronunciou sobre o protesto, numa transmissão ao vivo no Facebook, na qual criticou a falta de informações por parte da prefeitura. “Os motivos provavelmente são o excesso na folha de pagamento, porque eles precisam passar o ano com a folha em dia. Mas é uma covardia tirar os atendimentos contínuos, as terapias”, lamentou.

André Amorim também justificou sua ausência na passeata. “Eu não quis ir lá, porque não é o momento de fazer política. Definitivamente não é”, sustentou. O parlamentar ressaltou ainda que enquanto ocorria a manifestação, ele estava preparando documentos para obter informações a respeito da decisão da prefeitura. “Protocolo hoje na câmara municipal um requerimento em que busco saber qual a estrutura de profissionais que atuam na saúde mental do município”, explicou.

Ainda no vídeo, André Amorim pediu que os pacientes, familiares e moradores de Itaguaí compareçam à sessão da Câmara Municipal de Itaguaí para acompanhar a votação do requerimento, na expectativa de que ele seja aprovado. “Se vocês não vierem pra cá tentar me ajudar, não a mim, mas aos pais e aos pacientes, corre-se o risco da gente não saber nada disso que está sendo feito”, alertou.

<https://jornalatal.com.br/2018/11/05/pais-protestam-contr-a-falta-de-profissionais-no-capsi-itagua/>  
Acesso em 29/12/19