

# Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para usuários de álcool e drogas\*

IDENTITY OF CARE IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO USES DRUGS

IDENTIDAD DE LA ATENCIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA NIÑOS Y JÓVENES QUE CONSUMÍAN DROGAS

Isabella Teixeira Bastos<sup>1</sup>, Vicente Sarubbi Jr.<sup>2</sup>, Tatiane Guimaraes Pedroso de Oliveira<sup>3</sup>, Patricia Santos de Souza Delfini<sup>4</sup>, Camila Junqueira Muylaert<sup>5</sup>, Alberto Olavo Advincula Reis<sup>6</sup>

## RESUMO

Objetivo: relacionar o território da identidade com a produção de cuidado no interior de um CAPS voltado para crianças e adolescentes com uso abusivo de drogas e a sua identidade institucional. Método: Utilizou-se o “método do caso traçador” em quatro planos de investigação: grupos focais e caracterização dos profissionais, observação do cotidiano e entrevista com dois usuários de casos emblemáticos do serviço. Resultados: O território de identidade da instituição, do qual se opera a produção de cuidado, é atravessado pela dificuldade de lidar com a complexidade trazida pelos usuários e pela atuação do CAPS em rede. O trabalho é permeado também por diferentes concepções sobre cuidado e tímida problematização destas questões nos espaços coletivos do serviço. Conclusão: a discussão nos grupos focais e outros dispositivos podem ser potentes recursos para ressignificar o sentido do cuidado e da identidade do serviço no coletivo.

## DESCRIPTORIOS

Identidade  
Administração dos Cuidados ao Paciente  
Serviços de Saúde Mental

## ABSTRACT

Objective: To associate the territory of identity with the production of care within a PCC focusing on children and adolescents with drug abuse and their institutional identity. Method: We used the “process tracing methodology” in four research categories: focus groups, characterization of professionals, observing the everyday and interviewing two members of emblematic cases of the service. Results: The territory of identity of the institution, which operates the production of care is crossed by the difficulty of dealing with the complexity brought by the users and the performance of the PCC network. This paper is also permeated by different conceptions of care and small problematization of these issues in collective spaces of service. Conclusion: the discussion in focus groups and other devices can be powerful resources to reframe the meaning of care and identity of collective service.

## DESCRIPTORS

Identity  
Patient Care Management  
Mental Health Services

## RESUMEN

Objetivo: Relacionar el territorio de la identidad con la producción de la atención dentro de un CAPS que enfrentan los niños y adolescentes con el abuso de sustancias y su identidad institucional. Método: Se utilizó el “caso método trazador” en cuatro planes de investigación: grupos focales y de caracterización de los profesionales, la observación de lo cotidiano y la entrevista con dos miembros de los casos emblemáticos del servicio. Resultados: El territorio de identidad de la institución, que opera la producción de cuidados, es atravesado por la dificultad de hacer frente a la complejidad traída por los usuarios y el rendimiento de la red de CAPS. El trabajo también está permeado por diferentes concepciones de la atención y el cuestionamiento tímido de estos temas en los espacios colectivos de servicio. Conclusión: la discusión en los grupos focales y otros dispositivos pueden ser recursos de gran alcance para replantear el significado del cuidado y la identidad de servicio en el colectivo.

## DESCRIPTORIOS

Identidad  
Manejo de Atención al Paciente  
Servicios de Salud Mental

\* Artigo derivado de Dissertação de mestrado intitulada “Os processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência (CAPS ADi)” apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP, no ano de 2013 e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ. <sup>1</sup> Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. <sup>2</sup> Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. <sup>3</sup> Especialista em Psicologia Hospitalar. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. <sup>4</sup> Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. <sup>5</sup> Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. <sup>6</sup> Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A produção de cuidado em estabelecimentos de saúde mental para a infância e adolescência toma ares de uma prática particularizada pela faixa etária, mas também pelo tipo de trabalho que se opera nas instituições de Saúde Mental, modelo de atenção psicossocial. A exemplo disso, o serviço de atenção psicossocial que atende crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso e persistente que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas – neste estudo o chamado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ADi).

Das críticas à questão do tratamento referido à loucura e das terapêuticas dispensadas para esse fim, o modelo de atenção psicossocial é acompanhado de outros *modus* de explicação que ressignificam a concepção de doença e de práticas relacionadas ao tratamento da loucura. Seu caráter teórico reafirma o modo de atenção que coloca a doença mental entre parênteses, propondo como foco do tratamento o emergir do sujeito em cena: sua subjetividade, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, família, projetos e anseios, que viabilizam a noção de integralidade desse sujeito no campo da Saúde Mental<sup>(1,2)</sup>.

No cenário político, a proposta de implantação de uma rede de serviços substitutivos relacionados ao modelo de atenção psicossocial de cuidado destinado a saúde mental da infância e adolescência - CAPS (infantojuvenil e para álcool e drogas), Hospitais-dia, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas traduzem o discurso oficial de reinserção social do portador de transtorno mental trazidos pela Reforma Psiquiátrica<sup>(3,4)</sup>.

À conjuntura da construção de uma rede de cuidados que tem os CAPSi, para a infância e adolescência, como ordenadores da rede para essa faixa etária, soma-se a constituição de uma política nacional para atenção a pessoas que fazem uso de álcool e drogas publicada oficialmente em 2003. Essa condição se desdobra anos mais tarde, na composição de desafios e na constituição de processos de trabalho em rede voltados para essa faixa etária.

Outros fatos podem ser citados como fomentadores dessa discussão:

1) A promulgação do Plano Emergencial para Enfrentamento de Ações em Álcool e Drogas (PEAD) que lança um olhar de destaque sobre o cuidado a população infantojuvenil que faz uso abusivo de álcool e outras drogas<sup>(5)</sup>.

2) A promulgação de um novo arranjo de rede, denominado Rede de Atenção Psicossocial – RAPS - para a saúde mental através de Portaria nº 3088/2011, que fortalece o foco de cuidado e cria outras possibilidades de acolhimento e proteção à esta faixa etária com a demanda de uso abusivo de álcool e outras drogas<sup>(6)</sup>.

3) A promulgação da Portaria nº 130/2012 do Ministério da Saúde, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) como

equipamento reordenador da rede, ampliando também o acesso de crianças e adolescentes ao mesmo, através do funcionamento 24 horas<sup>(7)</sup>.

Nesse contexto o município de São Bernardo do Campo - região metropolitana de São Paulo - assume uma opção singular na proposição de um CAPS específico para crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas, o chamado CAPS ADi do tipo III.

O artigo abordará a identidade da produção de cuidado no interior de um CAPS ADi no enfrentamento aos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas na população infanto-juvenil. Este cuidado operado em dois casos emblemáticos atendidos.

## MÉTODO

### A. Local

Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil para usuários de álcool e drogas – CAPS ADi, no município de São Bernardo do Campo na mesoregião metropolitana de São Paulo (SBC).

### B. Participantes

Profissionais de nível médio e superior trabalhadores de CAPS ADi e duas usuárias desse estabelecimento de saúde.

### C. Procedimentos

O estudo utilizou-se de um arranjo de pesquisa denominado “método do caso-traçador”<sup>(8-11)</sup> que congregou quatro planos de investigação na discussão em torno de dois casos atendidos no CAPS ADi.

O “método do caso traçador” é descrito como um arranjo de estudo que pode ser feito prospectivamente ou identificado retrospectivamente a partir de marcadores (no caso deste estudo, o projeto terapêutico designado a cada usuário do serviço) para analisar um processo de cuidado, um processo de mudança ou um processo educacional. Segundo os autores, a análise das situações traçadoras permite examinar *in loco* as maneiras como se concretizam, na prática, processos de trabalho complexos, como os da saúde e da educação, que envolvem importante grau de autonomia dos profissionais<sup>(8)</sup>.

Outros autores<sup>(9-11)</sup> o situam como um método aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde; da investigação dos processos de trabalho de uma equipe de saúde, na reconstituição de um caso, possibilitando melhor observação do ato de cuidar.

Os quatro planos de investigação do estudo foram constituídos a partir do seguinte arranjo: grupo focal

(registro e discussão coletiva sobre dois projetos terapêuticos trabalhados); formulário respondido pelos profissionais (formação, experiência, trabalho, expectativas, satisfações e insatisfações com o trabalho); entrevista com dois usuários destinatários do cuidado, bem como, observação de situações pertinentes aos processos de trabalho na produção de cuidado no estabelecimento.

O grupo focal abordou os projetos terapêuticos de dois casos emblemáticos trabalhados no CAPS ADi. A escolha dos casos teve como base a solicitação feita ao grupo de trabalhadores, de que escolhessem um caso difícil e típico da instituição e, outro, difícil e que, na avaliação da equipe, tivesse tido um desfecho satisfatório.

As reuniões em grupo focal, recurso importante para compor a análise da produção do cuidado no serviço, foram constituídas em quatro momentos, sendo dois designados para a discussão de cada caso escolhido.

Os dados foram analisados a partir do olhar da cartografia, referencial e *modus operandi*<sup>(12)</sup> que permite capturar o cruzamento entre saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades<sup>(13)</sup>; permite acompanhar processos e desvelar como operam as redes de trabalho<sup>(14, 15)</sup> na produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil.

#### **D. Aspectos institucionais e éticos**

Este artigo refere-se à parte da dissertação de mestrado “Os processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência (CAPS ADi)”, aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o parecer 48303, de 22 de junho de 2012.

Em SBC o projeto de pesquisa foi encaminhado e aceito pela Coordenadoria de Educação Permanente em Saúde e Coordenação da Saúde Mental do município para ser realizado no CAPS ADi.

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A operatividade do cuidado em um CAPS, tal como preconiza o modelo de atenção psicossocial, depende de um *ethos* acerca desta produção que é construído na composição de estratos, linhas de segmentaridade, linhas de fuga e intensidades<sup>(12)</sup>, ou ainda, a partir do trabalho vivo em ato na instituição<sup>(16)</sup>.

A efetividade do cuidado se dá no desenvolvimento e reflexão acerca do cenário de encontros entre trabalhadores e usuários, que não garante a priori a produção de um cuidado “interseçor” (sic)<sup>(16)</sup> simplesmente pelo fato de se estar dentro de um CAPS ou em qualquer ponto da rede de atenção em saúde mental.

Bem assim, a cartografia auxilia na composição desse cenário de cuidado pela conjunção de três pressupostos no desenvolvimento do estudo: o acompanhamento de práticas e processos de produção de subjetividades; a composição de um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da dinâmica do serviço e; a captura do jogo de forças que se produz nos contextos institucionais de cuidado, considerando que esta produção acontece no plano das relações de micro poder<sup>(15, 13)</sup>.

A cartografia apresentada foi composta a partir de um dos 03 territórios existenciais descritos por Emerson Merhy, o da identidade do campo de práticas em saúde, ou seja, o cenário do qual se fala sobre o cuidado e o opera<sup>(16)</sup>.

Nesses termos, vale contextualizar o cenário macro de realização da pesquisa, o Município de SBC.

#### **A construção da rede de saúde mental em São Bernardo do Campo**

A implantação do CAPS ADi em SBC foi feita em 2006 por pressão do Ministério Público Estadual, mas teve em 2009 a reconfiguração enquanto serviço ordenador da Rede de Atenção Psicossocial. Foi enredado a outros serviços de saúde e medidas protetivas de crianças e adolescentes que faziam uso abusivo de álcool e drogas no município. A situação anterior retratava serviços ambulatoriais e de internação que funcionavam de maneira fragmentada no atendimento a essa faixa etária<sup>(17)</sup>.

O Arranjo da RAPS garante o atendimento para as crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas no CAPS infantojuvenil e CAPS álcool e drogas do tipo III<sup>(6, 7)</sup>.

Em SBC o CAPS ADi surge da divisão do CAPS infantojuvenil (CAPSi), onde as demandas de uso abusivo de álcool e outras drogas eram atendidas anteriormente, juntamente às demandas gerais relacionadas ao sofrimento psíquico nesta faixa etária.

O CAPS ADi também surgiu, inicialmente, na prerrogativa de funcionamento diário e, depois, se tornou CAPS 24 horas, adicionando em sua carga de trabalho a modalidade descrita como “hospitalidade noturna” e o funcionamento ininterrupto.

As mudanças temporais e políticas de direcionamento do serviço e o fato de a maioria dos profissionais que trabalhavam no equipamento terem ingressado lá no período de dois anos antes do estudo, são descritas pela equipe como fonte de transformações na dinâmica que o CAPS assume e nas práticas de saúde que lá operam. Dentre as transformações descritas tem-se: períodos em que houve maior ou menor sobrecarga de trabalho e, maior ou menor possibilidade de partilha de discussões e questões relativas aos processos de trabalho na produção de cuidado no interior da instituição.

A proposição do CAPS ADi se reveste da necessidade de investimento específico na área, bem como, da assunção de ações no campo da saúde mental tendo como base a consecução de projetos terapêuticos comprometidos com a produção de vida dos usuários nos espaços extra-CAPS<sup>(17)</sup>. Apesar disso, essa rede funciona dentro de uma política onde coabitam práticas contraditórias no tocante ao atendimento do usuário.

### **Contradição dos modelos de atenção na Política ao uso de álcool e drogas**

A política do Ministério de Saúde para atenção a usuários de álcool e drogas trouxe heranças históricas que compõem contradições grosseiras na operacionalização do modelo.

Na composição desse modelo podem-se ver instituições de caráter fechado, predominantemente filantrópico, que cresceram historicamente focadas na criminalização e repressão de usuários de álcool e drogas, descritas como “comunidades terapêuticas”<sup>(18)</sup>.

No mesmo bojo, tem-se o cuidado operado em rede de saúde mental constituída por equipamentos abertos (CAPS AD) que trabalham na lógica da redução de danos<sup>(19)</sup>, do modelo de atenção psicossocial e outros dispositivos designados para atuar em distintos níveis de complexidade e necessidades<sup>(18, 19, 16)</sup>.

Na contrapartida à composição dessa rede, tem-se ainda um trabalho atual da mídia de desvalorização, apelo pela (re)judicialização do campo e ataque ao que se define como (rede) estratégia de atenção psicossocial na efetividade do tratamento desses usuários. Isso alimenta o imaginário das pessoas sobre o usuário de drogas como doente e perigoso que precisa ser internado em uma instituição fechada, visando prioritariamente a remissão e repressão do uso, bem como desinvestindo a possibilidade que equipamentos como CAPS têm de ser resolutivos nessas circunstâncias<sup>(20-23)</sup>.

Essas contradições, portanto, se fazem presentes no cotidiano de trabalho, na complexidade do campo da saúde mental infantojuvenil e a realidade.

### **A disputa de modelos para além da Unidade de Tratamento em Dependência Química**

Os grupos focais foram o principal lugar para a discussão das várias facetas identitárias que apareceram no trabalho operado no CAPS. Em uma delas, os profissionais definem o serviço como “uma unidade de tratamento de dependência química”. Essa situação parece reforçar a centralidade do cuidado no tratamento do consumo abusivo de álcool e drogas e não do sujeito que sofre.

“Então a gente imagina que se a gente é uma unidade de tratamento de dependência química alguém deve responder pela doença sexualmente transmissível e quando a gente pede apoio, na intensidade que a gente imagina, seria importante, a gente não consegue encontrar isso é perdido” (Profissional A).

A disputa entre os modelos de cuidado produzidos no atendimento dos usuários tem duas vias. Uma que foca no tratamento à dependência química e não, no adolescente em sofrimento. Outra que, percebe a complexidade do cuidado que deve ser operado e reclama a parceria de outros serviços no atendimento às necessidades integrais desse adolescente. Além disso, outras questões de destaque também discutidas no grupo em paralelo foram:

- a fala de uma sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais pelo fato de assumirem papéis e funções que não eram de sua alçada;
- a dificuldade de acesso à família da usuária e a justificativa de que o atendimento da mãe não daria respeito ao trabalho que eles deveriam fazer,
- o desejo de conseguir outros tipos de atendimento para as usuárias dos casos emblemáticos atendidos, a fim de que demandas diferentes das relacionadas ao uso de drogas fossem sanadas por outros pontos da rede, tal como a questão de vulnerabilidade social, precariedade e acompanhamento de doenças físicas.

Essa questão identitária relativa à concepção do foco de tratamento no uso de drogas tem raízes históricas no atraso pela assunção desta área – álcool e drogas - na agenda da saúde pública e na forma como se propôs a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde de 2003 até a atualidade<sup>(18, 19)</sup>.

### **Perfil profissional no CAPS Adi**

O perfil dos profissionais de saúde mental do CAPS ADi acompanha o que se descreve como realidade atual na composição dos serviços com profissionais da área. Em sua maioria, possuíam até dois anos de ingresso e, à sua entrada, não possuíam experiência na área de saúde mental da infância e adolescência ou na área de álcool e drogas<sup>(23)</sup>.

Quando questionados acerca do que consideravam importante em sua prática, muitos responderam com discursos próximos ao Modelo de Atenção Psicossocial/Reforma Psiquiátrica: possibilidade de escuta e vinculação, comprometimento, trabalho com a vida social, familiar do usuário, valorização da cidadania. Mas, o que foi observado é que eles possuem uma necessidade de espaços coletivos de discussão nos quais esse discurso seja constantemente resignificado. Em adição a isso, é premente a necessidade de partilha de questões relacionadas ao

cotidiano de trabalho que possam, de fato, promover a construção de processos de trabalho pautados no que preconiza o Modelo de Atenção Psicossocial.

O CAPS ADi era permeado por um cotidiano de trabalho composto por profissionais, suas crenças e experiências diversas, que não estavam posicionados no *front* da militância da Reforma Psiquiátrica ou luta antimanicomial, mas se viam impelidos em entoa-la. Além disso, não possuíam nem a longa vivência prático-política de pensar e implementar o modelo, nem um trabalho clínico institucional de cuidado de si efetivo, ou seja de compor uma rede de cuidado para esses trabalhadores. Este trabalho traduziria-se em um instrumento essencial no cotidiano de serviço da ordem da complexidade em que a equipe opera, num exercício responsável de esclarecimento dos delicados acontecimentos da clínica<sup>(23)</sup>.

O cuidado no modo de atenção psicossocial se faz através da composição de rede, de cuidados de si e de cuidados para e com o outro.

### **A composição da rede (equipe) e da contratualidade extra-CAPS**

Um fato destacado da fala dos profissionais no grupo focal é a dificuldade que eles relatam para o trabalho articulado com a rede quando se definem como “mãezona”, assumindo questões que deveriam ser de outros serviços.

“a gente brincava até do CAPS ser a mãezona ai a gente queria centralizar tudo, mas quanto mais a gente ficar nesse posicionamento de eu não sei se o outro vai dar conta, de antemão (...) isso é uma mudança de raciocínio absurda” (Profissional B)

Nesse caso, estão falando do CAPS enquanto ponto da rede que não consegue operar na lógica psicossocial ou, ainda, que não se investe do poder de contratualidade que deve ter junto a outros serviços do território.

Crê-se que o CAPS produz cuidado enquanto ordenador da rede de serviços em saúde mental e na lógica psicossocial. Operar na complexidade dessa lógica está relacionado então, às condições que o CAPS possui de se articular, de produzir trabalho compartilhado diante uma nova forma de olhar para a rede e na produção de encontros cada vez mais singulares entre o equipamento e os sujeitos alvos do cuidado<sup>(24)</sup>.

“Rede é, portanto, uma noção que implica necessariamente a dimensão da alteridade, havendo ou não havendo outros serviços, além daquele em que se processa determinado ato de cuidado” (24 p.51).

A concepção de rede é retomada, aqui, pelo que Deleuze e Guattari definem enquanto rizoma, como um sistema acentrado que se configura e desconfigura a partir de movimentos, fluxos, conexões e alianças entre diversos atores<sup>(25, 12)</sup>; enquan-

to um “campo tensional de forças heterogêneas, conjugando assim a diferença em sua multiplicidade” (25 p.33).

A ideia de composição de rede enquanto sistema acentrado, sendo alimentado por diversos pontos, traz à tona a questão identitária abordada à medida que esta se dá de forma diversa na concepção que os profissionais possuem sobre o seu lugar na rede de saúde mental, bem como da articulação dela com outros recursos.

Vale frisar que a identidade do serviço se constitui também pelo exercício sucessivo de discussões, pareamentos, articulação e isso ficou claro na reclamação e reflexão advinda do discurso dos profissionais nos momentos de grupo focal e observação na insituição.

Sobre isso, sabe-se que a saúde mental está inserida em um município com inúmeros dispositivos produtores de rede, tais quais: o trabalho de apoiadores (pessoas alocadas nos territórios que fazem interlocução entre os serviços), colegiados de gestão onde a equipe discute casos que envolvam ações intersetoriais e, outras ações de educação permanente que tem como proposta apoiar e construir rede onde se fizer necessário. Por isso, é premente a equipe negociar e se articular com variados espaços de produção de reflexão coletiva.

De forma continuada, os processos de discussão e análise clínico-institucional devem favorecer a construção de um ideário acerca do cuidado e de uma identidade psicossocial para o serviço. Essa reflexão se mostrou tímida nas falas dos profissionais sobre processos de reflexão na produção de cuidado que faziam.

Outra dificuldade observada e relatada na construção desse ideário coletivo acerca do cuidado e referendado em outros estudos<sup>(26-28)</sup> foi a diferença entre as atividades desenvolvidas, particularmente, pela equipe de enfermagem e outros profissionais do CAPS. A equipe de enfermagem se ocupava mais de dar medicação, organizar a rotina, o uso do telefone e de chaves, encaminhar exames e da vigilância corpo-a-corpo nos portões e demais dependências da instituição, inclusive com a expectativa de que eles tolhessem possíveis fugas dos adolescentes. Esse fato dificultava a apropriação e integração da equipe com os processos de trabalho no modelo psicossocial.

Nesses termos, pode-se afirmar que o modelo psicossocial apresenta-se como algo que não está pronto e não pode ser simplesmente aplicado, via interdição, fato esse que se relaciona a própria história do serviço, instituído a partir de uma determinação do Ministério Público.

O modelo, assim como a produção de cuidado que acontece no coletivo que o origina, produz-se à medida que passamos a tomar a frente dos efeitos produzidos pelos processos de subjetivação das nossas criações e decisões no cotidiano. Para tanto, os casos atendidos pela equipe podem ser dispositivos de problematização e reflexão de um cuidado situado na singularidade dos usuários do serviço.

## CONCLUSÃO

A contribuição do estudo vem no sentido de apresentar o cotidiano de um CAPS como algo que ainda está sendo construído. Entende-se então, que o modelo de atenção psicossocial no interior dos serviços se faz através de uma construção que é incessante e diversa, precisando sempre ser realimentada e ressignificada no coletivo.

A utilização do arranjo de pesquisa denominado “caso traçador” permitiu incursões na produção de cuidado, nos casos, sob vários ângulos - observações, prontuários, a fala dos usuários sobre o seu projeto de atendimento, assim como a fala dos profissionais em um coletivo de análise. Isso permitiu a construção de uma visão que foi revalidada e refeita em diversos momentos de retomada de informações. Propiciou espaços de reflexão que são páreos à complexidade do próprio campo de pesquisa.

O estudo mostra de maneira marcante as disputas e tensões entre os saberes, valores e processos de trabalho construídos em ato entre profissionais, familiares e usuários na contratualidade de cada um com o serviço. E que, esse cotidiano é um ponto de partida potente e necessário para se pensar o cenário e a produção de cuidado que opera na instituição.

## REFERÊNCIAS

1. Costa-Rosa A, Luzio ACA, Yasui S.. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, organizadores. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003.
2. Reis AOA. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Estado de São Paulo. [Tese de livre docência]. São Paulo: SP. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS. Os Centros de Atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004.
4. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, e Tanaka, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p.147-169.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1190 de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas [Internet]. 2009 Jun 04 [acesso em 2014 set 09]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet] 2011 dez 23 [acesso em 2014 set 09]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros [Internet]. 2012 jan 26 [acesso em 2014 ago 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.htm).
8. Feuerwerker LCM, Merhy EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde; 2011. p. 290-305.
9. Carvalho LC. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro Faculdade de Medicina; 2009.
10. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção de saúde na estratégia saúde da família. Revista APS. 2009; 12(3):293-301.

11. Freitas P. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema suplementar de saúde no Estado do Espírito Santo [Dissertação de mestrado]. Vitória, Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
12. Deleuze G, Guatarri F. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia [AG Neto, CP Costa, trans]. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995.
13. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação [Tese de livre docência]. São Paulo: SP: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.
14. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, ano XXVII. 2003; 27(65).
15. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escócia L, organizadores. *Pistas do Método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009.
16. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002
17. Furtado LAC, Zapparoli C, Chioro A, Robortela S. Política de atenção e prevenção às pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas no município de São Bernardo do Campo - SP. In: Lancetti A, Chioro A, Vargas B, Zapparoli C, Petuco DRS, Castilho EWV, Merhy EE, Furtado LAC, Oliveira MV, Robortela S, organizadores. *Drogas e cidadania em debate. 1ª edição*. Grupo de Trabalho de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Conselho Regional de Psicologia; 2012. p. 53-61.
18. Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, RJ. 2007; 14(3): 801-821.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2003 [acesso em 2014 set 03]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)
20. Romanini M, Roso A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia Ciência e Profissão*. 2012; 32(1): 3282-97.
21. Lancetti A. *Clinica peripatética*. São Paulo: HUCITEC; 2012.
22. Castilho EWV, A eficácia invertida da internação compulsória. In: Lancetti A, Chioro A, Vargas B, Zapparoli C, Petuco DRS, Castilho EWV, E. E. Merhy, Furtado LAC, Oliveira MV, Robortela S, organizadores. *Drogas e cidadania em debate. 1ª edição*. Grupo de Trabalho de álcool e outras drogas. Brasília – DF: Conselho Federal de Psicologia. Conselho Regional de Psicologia; 2012.p.35-37.
23. Marazina IV. A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil [Tese de Doutorado]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2011.
24. Elia L, A rede de atenção na saúde mental: a articulação entre CAPS e ambulatórios. In: Ministério da Saúde, organizadores. Secretaria de Atenção a Saúde e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Série B. Textos básicos em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. p.49-61.
25. Ferreira FT. Rizoma: um método para as redes? *Liinc em Revista*. Rio de Janeiro [Internet]. 2008 [acesso em 2014 março 23];4(1):28-40. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/viewFile/251/142>>
26. Filizola CLA, Millions DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2008 [acesso em 2014 set 03];10(2):491-503. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>.
27. Dias CB, Aranha e Silva AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 junho 23; 44(2):469-475. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/32>.
28. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto contexto - Enfermagem*. Florianópolis [Internet]. 2005 [acesso em 2014 set 02]; 14(3):350-357. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a05.pdf>. Nightingale F. *Notes on nursing. What it is, and what it is not*. New-York: D. Appleton and Company; 1860.
29. Rodrigues A. A dimensão estética do cuidar em Enfermagem. *Revista referência*.2002; supl.
30. Madureira V. Os saberes da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(3): 357-360.
31. Hammerschmidt K, Borghi A, Lenardi M. Ética e estética na promoção do cuidado gerontológico em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2006; 15 (Esp): 114-124.