

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**O QUE PODE UM CAPS I? NOTAS CARTOGRÁFICAS DE
UM SERVIÇO**

Éllen Santos Ribeiro

Seropédica/RJ

Dezembro, 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**O QUE PODE UM CAPS I? NOTAS CARTOGRÁFICAS DE UM
SERVIÇO**

ÉLLEN SANTOS RIBEIRO

*Sob a Orientação da Professora
Deborah Uhr*

Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção do
grau de **Mestre em Psicologia**, no
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia

Seropédica, RJ
Dezembro de 2022

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R484q

Ribeiro, Éllen , 1989-

O que pode um CAPS I? Notas cartográficas de um
serviço. / Éllen Ribeiro. - Miguel Pereira, 2022.
135 f.

Orientadora: Deborah Uhr. Dissertação(Mestrado).
-- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Pós
Graduação em Psicologia, 2022.

1. Saúde Mental. 2. CAPS I. 3. Pandemia. 4.
municípios de pequeno porte. 5. cartografia. I. Uhr,
Deborah , 1970-, orient. II Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro. Pós Graduação em Psicologia
III. Título.



TERMO Nº 107 / 2023 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.00.23)

Nº do Protocolo: 23083.006432/2023-51

Seropédica-RJ, 07 de fevereiro de 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ÉLLEN SANTOS RIBEIRO

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 29 / 12/ 2022

Profª Drª Deborah Uhr (UFRRJ)
(Orientador)

Profª Drª Luna Rodrigues Freitas Silva (UFRRJ)

Profª Drª Maria Paula Cerqueira Gomes (UFRJ)

Profª Drª Melissa de Oliveira Pereira (IBMR)

(Assinado digitalmente em 07/02/2023 14:23)
DEBORAH UHR
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.00.23)
Matrícula: 1195374

(Assinado digitalmente em 08/02/2023 11:01)
LUNA RODRIGUES FREITAS SILVA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.00.23)
Matrícula: 2079602

(Assinado digitalmente em 07/02/2023 14:33)
MELISSA DE OLIVEIRA PEREIRA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 099.010.967-40

(Assinado digitalmente em 08/02/2023 07:28)
MARIA PAULA CERQUEIRA GOMES
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 956.901.827-53

Visualize o documento original em <https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp>
informando seu número: 107, ano: 2023, tipo: TERMO, data de emissão: 07/02/2023 e o
código de verificação: 37cd41ab42

AGRADECIMENTOS

Ao meu companheiro nessa vida. Por nossos caminhos terem se cruzado na militância por um SUS que dê certo e se consolidando no amor, diariamente. Por ter sido força e leveza, de forma tão sutil e pertinente. Por me alimentar e acalmar.

Aos meus pais que, por mais clichê, não tem nada de óbvio em terem sempre acreditado em suas filhas e priorizado, inclusive em momentos tão difíceis e desafiadores, nossa educação. Por serem minha base inabalável de amor, proteção e cuidado.

À minha irmã, incentivadora nº1 desse Mestrado e de tantas aventuras, enxergando tamanha potência em mim, nos lugares que menos consigo alcançar. Por ser minha parceira e inspiração.

À minha filha Iara, filha e mãe das minhas águas, que tanto já me ressignificou, fazendo nascer um amor e uma felicidade inéditos, mostrando a grandeza e os mistérios da vida. Por fazer tudo se redimensionar!

Aos meus cunhados e minha sogra, por ampliarem o conceito de família.

À minha orientadora, por topar me acompanhar nesta aventura, mesmo por caminhos desconhecidos

Aos meus gatos e cachorra, parceirinhos cotidianos de paz, companhia e afago. Por também ajudarem na dissolução de tanta racionalidade. Amor de bicho!

Ao “Lá na mata”, irmãos espirituais que consagram uma egrégora bastante sustentadora, principalmente em tempos pandêmicos. Por sermos fé, união e alegria!

Aos meus amigos de vida, que tanto contribuem para minha existência com prazer e afeto, confiança, acolhimento e celebração. Por também acreditarem sempre em mim, apoiarem e incentivarem, vibrando junto em cada conquista.

À equipe do CAPS, base inexorável deste trabalho, por sustentarmos tantas coisas juntos, cada um à sua maneira. Por tanta singularidade que me ensina a arte da relação, da diferença. Pelo jeito particular e coletivo de produzir saúde, por tanta resiliência, reinvenção e disponibilidade. Por me permitirem seguir contestando e pertencendo.

Aos parceiros profissionais que a estrada da vida me concedeu, fundamentais nessa jornada, na construção coletiva de pensamento, prática, firmeza e dissolvência.

Aos usuários do SUS, da Saúde Mental, deste CAPS e de todos os serviços que já tive a possibilidade de trabalhar e aprender. Obrigada pela confiança e aposta, sempre de mão dupla!

Aos Orixás que me guiam, me acompanham e me regem. Sendo luz, paz e comunhão. Força, justiça e movimento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

RESUMO

RIBEIRO, Éllen Santos. **O que pode um CAPS I? Notas cartográficas de um serviço.** 2022. 133p Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2022.

A presente dissertação de mestrado visa abordar a clínica da Atenção Psicossocial no contemporâneo, através de uma análise panorâmica da Política de Saúde Mental dos últimos anos, frente a um breve resgate histórico da Reforma Psiquiátrica e o que nos trouxe até aqui. Dentro da perspectiva e dos parâmetros normativos da RAPS, elenca-se os principais eixos teóricos que sustentam a análise do campo, a saber, um CAPS I num município rural, de pequeno porte. Interessa fazer pensar as singularidades imprevistas dos serviços que constituem a rede, com foco na interiorização dos equipamentos e no fato de os CAPS I serem maioria nacional, devido aos municípios no país serem majoritariamente de pequeno porte. Diante das importantes limitações de uma equipe mínima cujo mandato institucional é responsabilizar-se pela organização e assistência em Saúde Mental de toda população adscrita, somada à distância dos grandes centros de produção de conhecimento e de apoio institucional, a pesquisa debruça-se neste desafio: cartografar as dinâmicas possíveis e potenciais de um serviço, dando luz aos interiores muitas vezes esquecidos, a partir do lugar de uma pesquisa encarnada, trilhada por uma trabalhadora que se localiza desde já num plano comum. Nesse sentido, a experiência é tomada sob prisma de suas características também paradigmáticas. Não se pretende generalizar, mas poder pensar e produzir conhecimento coletivo desde um lugar circunscrito, localizado tempo-espacial e culturalmente. Atravessadas por uma Pandemia, a pesquisa e a clínica do cotidiano são abaladas sismicamente, ganhando contornos relevantes de reinvenção do possível, bem como enquanto registro histórico.

Palavras-chave: CAPS I, Saúde Mental, Pandemia, municípios de pequeno porte, cartografia.

ABSTRACT

RIBEIRO, Ellen Santos. **What can a CAPS I do? Cartographic notes of a service.** 2022. 133p Dissertation (Master in Psychology). Institute of Psychology, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2022.

This master's thesis aims to address the contemporary Psychosocial Care clinic, through a panoramic analysis of the Mental Health Policy in recent years, in view of a brief historical review of the Psychiatric Reform and what brought us here. Within the perspective and normative parameters of RAPS, the main theoretical axes that support the analysis of the field are listed, namely, a CAPS I in a small rural municipality. It is interesting to make one think about the unforeseen singularities of the services that make up the network, focusing on the internalization of the equipment and on the fact that the CAPS I are a national majority, due to the fact that the municipalities in the country are mostly small. Faced with the important limitations of a minimal team whose institutional mandate is to be responsible for the organization and assistance in Mental Health of the entire enrolled population, added to the distance from the great centers of knowledge production and institutional support, the research focuses on this challenge: to map the possible and potential dynamics of a service, shedding light on interiors that are often forgotten, from the point of view of an embodied research, followed by a worker who is already located on a common plane. In this sense, the experience is taken under the prism of its also paradigmatic characteristics. It is not intended to generalize, but to be able to think and produce collective knowledge from a circumscribed place, located in time, space and culture. Crossed by a Pandemic, everyday research and clinic are seismically shaken, gaining relevant contours of reinvention of the possible, as well as as a historical record.

Keywords: CAPS I, Mental Health, Pandemic, small towns, cartography.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO - A CABEÇA PISA ONDE OS PÉS PENSAM.....	9
CAPÍTULO 1 - PRIMEIRAS LINHAS MAPEADAS.....	
PISANDO O CHÃO.....	20
HISTORICIDADE, CONSTRUÇÃO E DESMONTE.....	22
DADOS, ALGUMAS EVIDÊNCIAS E POUCA TRANSPARÊNCIA.....	31
LUTA ANTIMANICOMIAL COMO MOVIMENTO CONTÍNUO	39
CAPÍTULO 2 - COMO CRIAR (PARA SI?) UM CAPS SEM ÓRGÃOS?	
METODOLOGIAS	46
INTERSECCIONALIZANDO ÓTICAS.....	52
UMA PANDEMIA NO MEIO DO CAMINHO - OU UM CAMINHO NO MEIO DA PANDEMIA.....	65
CAPS< CORPO, COTIDIANO, CLÍNICA, CUIDADO, COLETIVO, CHÃO.....	72
CAPÍTULO 3 - CONCEITOS-CHÃO - POR UMA CIÊNCIA ENCANTADA.....	
CUIDADO	81
TERRITÓRIO - EPISTEMOLOGIA DAS ENCRUZILHADAS.....	88
REDE.....	98
INTERSETORIALIDADE.....	103
COTIDIANO.....	106
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	109
TRANSDISCIPLINARIDADE.....	111
CIDADANIA/CLÍNICA POLÍTICA.....	116
CLÍNICA PERIPATÉTICA.....	119
CORPO ENCANTADO - EFEITOS.....	124
NOTAS INCONCLUSIVAS.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131

INTRODUÇÃO - a cabeça pisa onde os pés pensam

Uso a palavra para compor meu silêncio.

Não gosto das palavras

fatigadas de informar

Dou mais respeito

às que vivem de barriga no chão

tipo água, pedra, sapato.

Manuel de Barros

Venho de uma formação em Saúde Mental na metropolitana capital do Rio de Janeiro, passando por serviços substitutivos diversos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Infanto-juvenil, CAPS II, CAPS III, CAPS Álcool e outras Drogas e Residências Terapêuticas; emergência psiquiátrica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), etc. Na complexidade desta cidade-chaos também bojo da produção acadêmica e intelectual acerca das teorias e práticas na atenção psicossocial, me formo e trabalho por alguns anos. Na dança composição crítica-clínica, ali encontrei e construí assoalho para este campo, que se elegeu no encontro mesmo entre a estagiária e o serviço (lá em Jacarepaguá, cruzando cidades para adentrar a antiga e permanente colônia Juliano Moreira, de onde advieram seus serviços não tão substitutivos assim). Em um salto, retorno para meu interior - citadino e afetivo, aquele de onde vim e nasci - por um chamado de concurso público na área da Saúde Mental.

No CAPS I onde trabalho atualmente, ouvia com regularidade uma distinção clara e desconstrangida dos “nossos pacientes” e os que não o são. Os “nossos” seriam todos egressos de manicômios, sendo a maioria de longas internações – aqueles mesmos que foram “desinstitucionalizados”. Entendia o apego a estes, mas me perguntava o que seria do CAPS quando os “nossos” não mais existissem. Em conversas entre-ouvidas nos corredores e convivências, escuto o seguinte diálogo entre dois usuários: “você ficou no Cananéia¹ quanto tempo?” “Três meses...” “Ah, então foi só passear!”.

Os CAPS I devem atender pessoas de todas as faixas etárias que apresentem prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que dificultem a construção de laços sociais e a realização de projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes, sua equipe mínima deve constituir-se por: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível universitário, 04 profissionais de nível médio (BRASIL, 2015, p. 13).

¹ Nome popular de um conhecido Hospital Psiquiátrico referência da região, fechado após longos anos, por ordem judicial e sob intervenção de uma equipe especializada, da Secretaria Estadual de Saúde, em 2021.

A minha chegada neste território teve cheiro de mato, alegria de poeira, ar de férias de quem escapava um pouco pra respirar da cidade grande. Vindo de anos da “clínica AD”, foi bom reencontrar a psicose mais *“stricto sensu”* e acho que agora já posso entender que teve também um descanso meu da transgressão diária do CAPS AD onde trabalhava – o descanso da cronicidade. Há algo de muito confortável na estabilização do usuário, para o profissional. Perigoso e ardiloso terreno dasseguranças conhecidas. O cuidado flerta com a iatrogenia, veremos mais adiante. A clínica do cuidado, da proteção dos “nossos usuários”, do fazê-los caber na sociedade (como se essa já não fosse necessariamente também composta por aqueles apartados) tangencia a tutela, aquela que negamos sob todas as acusações e possibilidades.

A noção de cuidado é bastante rica e diversa e sabemos, também, que sob a justificativa do cuidado tem-se produzido muitas coisas adversas. Mais à frente, no capítulo III, vamos aprofundar - ou, ao menos, pincelar em termos de outras perspectivas - essa discussão, com auxílio de novas autorias que tem nos ajudado a pensar a clínica do cuidado na contemporaneidade.

Sabemos, portanto, que daí derivam as práticas de controle, tutela, domínio, normatização e medicalização, tão evidentes em nosso cotidiano. A manutenção dessas práticas, a produção de novas formas de controle cada vez mais sutis e eficazes, assim como a dificuldade de produzir interferências nesse âmbito, tudo isso vem sendo descortinado dia após dia. (...) Isso indica claramente que a reforma psiquiátrica não se restringe a uma ordem macropolítica. Clausuras subjetivas nos habitam e são muito poderosas (DIMENSTEIN & LIBERATO, 2009, p. 1).

Afinal de contas, somos os trabalhadores da reforma, os que lutam diariamente para não repetir práticas de subjugos e pela autonomia dos usuários. Mas, para isso, eles precisam, antes de mais nada, deixar de serem “nossos”! O apego e a certeza são caminhos que dificilmente nos permitem reflexão e abandono de obsoletos paradigmas. Sim, estes assim o serão a cada novo momento, a cada novo encontro, a cada dia.

Quando me despedi da equipe do CAPS AD onde trabalhei por três anos na cidade do Rio de Janeiro, ouvi que eu precisaria escolher quais brigas comprar. Ouvi, estou assimilando e receio perder de vista as disputas diárias de sentido de nossas práticas, sempre sobre o outro. É com esse receio e por aquele mover que junta forças para transpor os incômodos e tristezas nesta proposta de estudo-trabalho-intervenção, desde já coletiva.

Por diversas vezes ouvi falas-exemplo sobre como o CAPS (ou qualquer coisa) é melhor que “a vida que eles (não) levam”. Falas que diziam ser melhor “eles” (há sempre uma pluralização de suas existências, salto rápido para normatização da vida) irem ao CAPS do que ficarem em casa, como se essas fossem as únicas e dicotômicas ofertas do viver – e como se

elas se distanciassem tanto assim. Isso que nos congratulamos em fazer, de alguma forma vestidos dos novos salvadores – arriscando tensionar em tão problemático quanto – são atravessamentos da lógica manicomial nos serviços substitutivos. Tutela e cuidado-descuidado perfuram os dispositivos da reforma. Prescinde-se das organizações e dos espaços para controlar os corpos. O cuidado pode virar disciplinador, normativo e tutelar.

Nesse novo exercício de poder no contemporâneo, há o perigo de uma modulação da relação de tutela operada pelo antigo manicomio para o controle cronificado dos serviços ditos “abertos”. Esta é uma problemática que salta aos olhos quando se está implicado com cartografia das novas formas de atenção e gestão constituídas nos serviços abertos de saúde mental. Nesse novo saber/fazer há riscos de modulação da série doença mental – tutela – manicomio, para outra que pode comportar outros perigos: doença mental – controle – serviços abertos (OLIVEIRA, 2006, p. 20).

Desde a implantação do CAPS I no município, em 2012, investe-se largamente e com muitas brigas travadas na desinstitucionalização de todos os municíipes até então internados no hospital psiquiátrico de referência (localizado num município vizinho e hoje felizmente fechado por ordem judicial). Digo isso por não querer aqui fazer uma crítica alienada aos serviços, numa aparente aguerrida antimanicomial. O município que embasa este estudo é reconhecidamente pró-reforma e com avanços notáveis e consideráveis. O que, evidentemente, não pode tapear seus furos e a possibilidade, sempre, de estranhamento do que vamos instituindo, mesmo sem querer. “Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (...), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada)” (ROTELLI, 2001, p. 91).

Instituição inventada como cenário sempre a construir – e desconstruir! Inspiração para a constituição do serviço e suas práticas cotidianas coincidentes com a demanda de cada caso, do contexto conjuntural, da dinâmica dos profissionais que o estiverem compondo. Sem, com isso, perder critérios de diretrizes de trabalho, evidentemente. Mas lembrando que, para a desinstitucionalização, é preciso inventar e destruir as instituições, à medida que nos sirvam e deixem de servir. Que os aprendizados e experiências nos atendam como a caixa de ferramentas de Deleuze, atuando como possibilidades menos de enrijecimento e mais de rupturas. Criação de porosidade, permeabilidade com o meio. Deixar-se ser afetado e que a afetação seja a força motriz do mover e agir em saúde.

Uma questão importante é a construção dos CAPS aparecer como único e inequívoco deságue da reforma, arriscando colocá-los algumas vezes numa função transinstitucional, ou seja, como instituições imediatas e encerradas em si na ordem dos “serviços substitutivos”, sem lançar mão de centros de convivência, articulações com o território, com a rede de saúde e com

ações intersetoriais. O “novo lugar social” a que se propuseram os CAPS em sua implantação não pode restringir-se em limites físicos e institucionais. Caso assim seja, estaremos substituindo uma institucionalização por outra. Assim, novas cronicidades ganham contornos encapsulados. De ordenador da rede, passa-se facilmente para a própria rede, ou uma forjada “rede” interna, como é o caso quando pensamos em chamar os serviços para que os ofertem dentro do CAPS, como facilitador, sem considerar a dimensão mais importante que é a construção da autonomia e a reocupação da cidade. É preciso caminhar para que as instituições sejam provisórias. Sempre a serem desinstitucionalizadas. Serviço cheio, com cara de mercado, feira de rua. Serviço com cara de rua. Onde o povo se encontra e se mistura. Ser também povo, deixar-nos misturar.

Nesse momento, vale também dizer que não estamos aqui retomando a “reabilitação psicossocial” como se esta previsse apenas um vetor, ou seja, que os usuários pudessem se reencontrar com a cidade numa busca de “renormalização”. Afirmo aqui a aposta no encontro, onde as forças se afetam mutuamente e provocam efeitos imprevisíveis, modificando os que ali estavam. No caso, a ocupação da cidade pelos usuários afeta a ambos, propiciando novas relações e sociabilidades.

Dell’Acqua e Mezzina (2005) trazem o conceito da “tomada de responsabilidade”, advinda da reforma italiana, como resposta dos serviços à responsabilidade sócio-territorial da saúde mental de sua população adscrita, descrevendo diversas formas de tentativas de acesso aos casos que “não chegam” ou “não aderem”, num convite que nos faz pensar sobre, de fato, qual saúde mental elegemos indicativo de cuidado e assistência. Aduzem como caminho a relação direta do serviço com o território, relações de presença, de contato, de certa “vizinhança” como função ativa na promoção da saúde mental. Tomada de responsabilidade como analisador das nossas práticas, dentre limites e ofertas.

Temos nos deparado, em consequência dos abalos na saúde mental mundial pós pandemia, em seus diversos aspectos (que serão abordados mais adiante, como linha transversal cartográfica), com mais uma sobrecarga de trabalho e, no limite, uma impossibilidade de atendê-la. Porém, sabemos que esta sobrecarga não é privilégio nem exclusiva deste momento, ao contrário. Mas o que a comum fala entre os trabalhadores sobre o excesso de demandas e a dificuldade de “dar conta” diz de nossa organização e entendimento sobre prioridades? O que se quer cuidar e o que se pode deixar morrer? A quem interessa prestar atenção psicossocial? Aos docilizados corpos contemporâneos? Aos que já “sabemos” como efetuar um certo plano

de ação comum, de atenção à crise, permeado de ofertas padrão? Como as demais situações nos ajudam a ver a crise do serviço?

A coordenação municipal de saúde mental reconhece e intitula “o CAPS como um dispositivo da luta antimanicomial”. Pergunto-me qual o entendimento desta afirmação, sem cair na banalidade do enunciado. Reconheço a importância estético-política da mesma, mas é preciso debruçar-se nas práticas das ações cotidianas, da lida diária e minuciosa com o usuário e com a macropolítica. Ou seja, é preciso pensar a dimensão ética desta declaração. Assim que cheguei ao serviço (e, raramente, ainda hoje), quando conversava com a equipe sobre algumas falas dos usuários a respeito do conhecimento de suas questões, como a reivindicação por alteração de sua prescrição medicamentosa ao psiquiatra, por vezes foi dito: “ah, e onde já se viu paciente escolher medicação?”. O controle medicamentoso é uma enorme armadilha de poder. “Em formas de tratamentos ‘não manicomiais’, a prática do controle pode se mascarar: a medicação pode tornar-se um meio de vigilância e tamponamento de sintomas, sendo pouco discutida e negociada com o usuário” (EMERICH, CAMPOS & PASSOS, 2014 p. 687).

Nesse sentido, falar em construção de autonomia do sujeito implica dizer tanto dos usuários quanto dos trabalhadores, os quais também devem ter poder decisional num trabalho de evidente reciprocidade dos vetores de forças institucionais. No entanto, urge analisar a disponibilidade e o desejo dos profissionais de estarem ali e de perceberem-se componentes de ação efetiva também nos “espaços informais”, numa terapêutica possível e quiçá mais interessante para ambos. A construção de sentido e de não alienação do trabalho afeta o “como se dá” este trabalho. A constituição dos CAPS dentro da reforma psiquiátrica preconizou a horizontalidade e não hierarquização das categorias profissionais mas não construiu chão para tal. Permanece a hegemonia do discurso psi e a subvalorização dos conhecimentos “informais”, da pragmática, do vivido entre técnicos, cozinheiros, administrativos, auxiliares de serviços gerais, e até mesmo oficineiros com os usuários no cotidiano do serviço e no fora dele. Além disso, a ausência de espaços coletivos de discussão dos casos, do cotidiano, dos processos de trabalho, de estudos e reflexão, como reuniões diárias de início de turno, organização do dia, desmobiliza a construção de fortalecimento e parceria entre os profissionais. Sendo a “autonomia decisional e operativa para todos as figuras profissionais” (DELL’ ACQUA & MEZZINA, 2005, p. 73) produto histórico das desinstitucionalizações, a tomamos como condição de possibilidade. Os autores anunciam que, assim, novos problemas se abrirão, aguardando novas soluções.

Não se trata de dicotomizar ou mensurar ou comparar em lógicas binárias e mecânicas de bom e ruim, mas de pensar os novos problemas, dando-lhes luz, e as novas invenções e proposições. Arrisco traçar um paralelo entre o CAPS como sociedade de controle e os manicômios como sociedade disciplinar. Entretanto,

Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitalais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas (DELEUZE, 1990, p. 1).

É quando inaugura-se para mim este desafio: a complexidade e o fazer inventivo e sem muitas referências de tantas clínicas numa mesma instituição, permeada de uma cultura provinciana – numa cidade que “desinstitucionalizou” todos seus usuários de saúde mental. Talvez já seja preciso trocar este conceito para a desospitalização – tema eixo que servirá de buracos no chão para a construção desta pesquisa-inquietação. Quando me refiro às múltiplas clínicas previstas para o CAPS I, digo da responsabilidade pela saúde mental de toda população do município, em suas diversas e várias manifestações sintomatológicas, como costumamos separar nas áreas de infância e adolescência, álcool e outras drogas e transtornos graves de adultos. Quanto à circunscrição do território no interior do estado, destaca-se também enquanto campo apartado da capital metropolitana, isolado das redes mais ativas de pensamento crítico e da produção formal de conhecimento.

Temos levantado, em fóruns de Saúde Mental estaduais e outros espaços coletivos de reflexão e discussão do trabalho – inclusive diretamente com a gestão estadual e com as apoiadoras de Saúde Mental do estado –, as realidades dos interiores, as limitações dos serviços, a ausência de qualificação e educação permanente da equipe, a falta de supervisão clínico-institucional (que, finalmente, foi resolvida, bem no finalzinho desta escrita) e até mesmo a escassez de alternativas do cuidado para além da clínica, como espaços de lazer, cultura, convivência. É ainda mais reforçada a quase impossibilidade de socialização no contexto de isolamento da Pandemia de Covid-19.

Reconhece-se, então, a dureza e o desafio propostos para um CAPS I. O que pode? A que se propõe? Qual é a função CAPS atualmente? O que é possível produzir de cuidado e enfrentamento às investidas constantes de retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental? Entendendo que o CAPS é um dispositivo e não o único, qual a pertinência e a que responde este serviço hoje? Qual a expectativa deste equipamento, ainda ordenador do cuidado na RAPS, formado por uma equipe mínima responsável pelo cuidado em Saúde Mental de toda

população? Tomamos, então, como problema central de estudo para esta pesquisa a atualidade da função CAPS.

Pois, se a reforma preconiza o fechamento dos manicômios com a criação dos serviços substitutivos e territoriais, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como rede alternativa e complexa de ofertas terapêuticas, que serão estes serviços quando não mais tiverem a que substituir? O que aprendemos a fazer com os “nossos” usuários adultos e idosos cronificados de uma pré-reforma psiquiátrica, de práticas manicomiais e asilares e o que deixamos de aprender com os casos novos, que nos chegam a cada dia, de jovens e adultos, com graves sofrimentos psíquicos, em evidente vulnerabilidade psicossocial, malucos, transgressores, que nos recolocam em xeque a vigente ordem social? Quais são as ofertas terapêuticas que o CAPS vai precisar construir para dar conta desta nova clientela? Quando os “nossos” usuários passarem, quem serão os próximos (que já aí estão) a fazer compor as várias caras deste serviço?

Com o objetivo geral de refletir sobre os desafios, criações e funcionalidades na atenção em Saúde Mental de um município do interior do país a partir da centralidade – e seus buracos – do dispositivo CAPS I, intenta-se acompanhar processos de trabalho e a produção de cuidado neste serviço, localizado num município rural, a partir do plano da experiência, avaliando *in loco* a interiorização da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e seus retrocessos nos últimos anos. Pretende-se analisar a interlocução do descanso da cronicidade versus a Pandemia como acontecimento analisador, no sentido da ruptura quase total da ordem vigente, não exatamente por uma escolha ou reflexão de seus atores. Como consequência desejante, espera-se estimular a criação de espaços de estudo e reflexão da equipe com vistas à potencialização do cuidado, aspirando escapar à tutela pela via da co-gestão – numa concepção de que a construção da autonomia deriva e clama o entendimento e a construção de sujeitos de direito.

A pesquisa justifica-se, finalmente, por produzir conhecimento sobre CAPS I e investigar alguns hiatos aqui elencados da Reforma Psiquiátrica, inserida na cena contemporânea, considerando-se temas de pouca notoriedade no bojo das abordagens em Saúde Mental. Esse trabalho, em seus diversos aspectos e minúcias, intenta afirmar um espaço de pensamento crítico por dentro da política pública de atenção à Saúde Mental, do lugar diretamente afetada de trabalhadora e militante do campo, numa perspectiva paradigmática de pensar/agir a micropolítica nos interiores alheios da produção tradicional de conhecimento

científico e fazendo valer a nossa existência, com todas as dúvidas que se interpõem no processo.

Entende-se este trabalho como cartografia por traçar um plano comum da experiência, encarnada desde outrora no campo de trabalho da pesquisadora, já havendo necessária mistura com o campo de pesquisa, confluindo também em uma pesquisa-militante, que afirma o encontro mesmo desses lugares. Por fazer valer uma outra política de narratividade, entrecruzando impressões de análise ao longo do texto com excertos de narrativas polifônicas, trazendo um somatório de vozes que compõem o trabalho, numa perspectiva sempre inventiva de impressões do campo, nunca por um realidade dada *a priori* e/ou a ser descoberta. Pelo método encontrar o campo, à medida que assim faça sentido, numa inversão hodos-meta, donde o fim não são os resultados esperados, mas a processualidade da pesquisa, o cartografar das linhas, sobrepondo e realocando mapas de sentido, num desvio de trajeto afetado pelos abalos percebidos, deixando também coisas ficarem pelo caminho. Por dar relevos às singularidades expostas no campo, entendendo-as como potentes expressões de uma experiência, tomando a cartografia de um serviço como plano encarnado e ao mesmo tempo paradigmático de pensar a interiorização de uma Reforma Psiquiátrica. Consideram-se as dimensões multiplamente específicas dos municípios de pequeno porte, tendo como plano de partida um CAPS I, situado neste município, com todas suas idiossincrasias.

Apresenta-se, no primeiro capítulo, um breve histórico da Reforma Psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde Mental e os diversos atentados para seu retrocesso, nos últimos anos; a partir da discussão de alguns dados sobre a distribuição dos CAPS no Brasil, bem como dos demais equipamentos da RAPS, pensa-se o que isso indica sobre a forma como a política de Saúde Mental foi implantada e sobre a organização sócio-econômico-geográfica do país; fechando com uma discussão da luta antimanicomial, reafirmando-a enquanto movimento necessariamente contínuo. No segundo capítulo, tendo a Pandemia como atravessador e dispositivo de abalo das estruturas descansadas cronicamente, trazemos discussões mais interseccionais dialogando com narrativas de casos e do caso CAPS, compondo com potências, propostas, pés no chão e desalinhos. Já no último capítulo, pensa-se a função CAPS I atualmente, seus impasses e desafios enquanto majoritária prevalência no país e tão pouco estudado e apoiado; a partir de norteadores conceituais do campo da Atenção Psicossocial, elege-se as lentes utilizadas para uma análise do campo.

CAPÍTULO 1 - PRIMEIRAS LINHAS MAPEADAS

No escrever coloco ordem no mundo, coloco nele uma alça para poder segurá-lo.

Gloria Anzaldua

Por que escolher, como trabalhadora da rede pública de saúde mental, realizar um mestrado, neste momento de tantos retrocessos e desmontes, tantas queixas e insatisfações, tanta dificuldade de suportar essa rede esburacada? É a escrita de um fracasso? É um lamento do que não foi? Desejo e espero que não. É ainda uma tentativa de repotencializar um corpo que acredita e opera. E, mais, é uma forma de fazer pensar essa clínica que se desenha no dia-a-dia de uma atualidade não mais egressa e cronificada dos grandes hospitais psiquiátricos.

Almejamos pensar quais caminhos ou linhas de fuga podemos traçar coletivamente para não nos institucionalizarmos nas cronificações do trabalho. Justifica-se como condicionalidade para retomar o lugar de potência criativa da inquietação travestida de queixa. Atravessada pela Pandemia, esta pesquisa não poderia deixar de tomá-la como analisador transversal a todos esses fatores, fazendo emergir novas construções clínicas e articulações com a rede, bem como abalando as estruturas já consolidadas e a cristalização da clínica do cotidiano.

Este trabalho situa-se em poder pensar a interiorização da Reforma Psiquiátrica, abrindo mais espaço de visibilidade para as especificidades das realidades locais, de municípios de pequeno porte, apartados dos grandes centros de referência e hegemonicamente bases de dados para construção de políticas públicas. Entender a magnitude de diversidades de municípios pequenos, que são também maioria geográfica no país, é deslocar a mimetização das políticas nacionais, que não se encaixam perfeitamente nas diferenças e limitações dos interiores.

Parafraseando Viviane Mosé², a vida definitivamente não anda passando a mão em mim. Assim, em meio a uma pandemia, após quase dois anos em jejum de coletivo, de massa, de contágio, de afeto, de rede real, é difícil e cada vez menos sustentável a lógica da atenção psicossocial, a costura do sentido de trabalho em equipe, da aposta na convivência, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores – pois é preciso afirmar que nos apoiamos nisso! É sofrido, solitário e talvez impossível trabalhar na saúde mental sem corpo comum, sem chão inventivo, sem massa criativa, sem afeto corpóreo. É imperativo também falar do isolamento vivido pelos pequenos municípios e da alta responsabilização dos atores envolvidos no cuidado em Saúde Mental no que tange a todo processo de trabalho e esforço em garantir uma rede viva e funcional, sustentada quase exclusivamente pelos trabalhadores.

² Ver poema “O tempo”, do livro “Pensamento Chão”, da autora (2007).

É importante que não reforcemos a separação entre “técnicos” e “críticos”, qualquer que seja o campo de trabalho. Na Saúde Mental, isso também não poderia ser diferente pois é a experiência que faz a produção do sentido, como par relacional. Segundo Bondía (2002), “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (p. 21). O autor nos ajuda a pensar o plano da experiência também pela importância da nomeação e escolha das palavras para descrever o que fazemos enquanto produção de realidade, não apenas como uma função terminológica. Pensando junto com Walter Benjamin, o autor entende a experiência como cada vez mais rara, enquanto cada vez mais coisas acontecem. Nesse sentido, toda informação a que ganhamos acesso na atualidade seria “quase uma antiexperiência” (BONDÍA, 2002, p. 21). A escassez de tempo, excesso de velocidade, a falta de silêncio e de memória entrariam como inimigos da experiência. Pelo excesso de trabalho e por não podermos parar, também nada nos acontece. Por sua vez, a experiência “requer um gesto de interrupção (...), cultivar a atenção e a delicadeza (...) e dar-se tempo e espaço” (idem, p. 24). Em contrapartida, então, “o sujeito da experiência seria algo como um território de passagem, algo como uma superfície sensível. (...) sobretudo um espaço onde têm lugar os acontecimentos” (ibidem).

Em sua radicalidade etimológica, a experiência contém travessia e perigo. Traz um quê de abertura e vulnerabilidade, donde o sujeito está ex-posto e em condição de transformação. Contrapondo, então, as dicotomias que separam o saber da informação do saber científico, bem como a práxis da técnica e do trabalho, o plano da experiência funda uma ordem epistemológica e ética. Pela relação entre conhecimento e vida, o saber da experiência é também finito e específico, ligado ao sujeito ou à comunidade em particular. É, ainda, “relativo, contingente, pessoal” e não se separa do “indivíduo concreto em que encarna” (BONDÍA, 2002, p. 27). Por ser um conhecimento incerto, “a ciência moderna desconfia da experiência” (idem, p. 28) por não ter nada a ver com o experimento, numa leitura prevista e óbvia das verdades do mundo, externas ao sujeito conhecedor, que não o experiencia. Por fim, “a lógica da experiência produz diferença, heterogeneidade e pluralidade. (...) é irrepetível. (...) não se pode antecipar o resultado, a experiência não é o caminho até um objetivo previsto. (...) mas é uma abertura para o desconhecido” (ibidem).

Escrevo como tentativa de partida de um ponto, como esforço de localização de quem estou sendo nesse momento distópico de nosso país e mundo. É como se sempre precisasse voltar uns passinhos atrás para reconectar o desejo dessa pesquisa. Ou mesmo, o sentido de sua necessidade. Sei que é uma importante costura e publicização de experiência afetivo-narrativa

de um momento bastante circunspecto na Saúde Mental e que o pensar e o compartilhar sobre nossas práticas cotidianas de trabalho são fundamentais para a atualização clínica e política desse campo. Sem isso, vira simulação de grandes categorias de análise e prescrição, um passo para alienação do trabalho e esvaziamento da potência do cuidado. Afirmo, então, a utilização do plano da experiência local como base para reflexão mais ampla, conforme a noção de paradigma em Giorgio Agamben.

A partir de Aristóteles, passando por diversos pensadores que conceituam a noção de paradigma, Agamben (2019) vai trazê-lo também como parte em relação à parte, ou seja, nem do universal para o particular, nem do particular para o universal. O paradigma viria como um paradoxal movimento, que vai do particular para o particular. “Nesse sentido, é impossível separar claramente num exemplo sua paradigmaticidade, seu valer para todos, do seu ser um caso individual entre os demais” (AGAMBEN, 2019, p. 25). O autor vai fazer uma detalhada e criteriosa revisão dos conceitos de paradigma na filosofia, com principal inspiração foucaultiana, para elucidar um pouco dessa ideia de pensar e pesquisar arqueologicamente um excerto de história, que afirma ao mesmo tempo a singularidade e declina de uma regra geral que o conteria e encerraria. É pelo pertencimento àquele todo e também por ser parte constituinte e indiscernível que nega a dicotomia individual-universal.

Utilizo-me dessa fundamentação para justificar a escolha metodológica de pesquisar uma experiência, como singular e pertencente a um conjunto epistemológico, um conjunto de sentidos. Uma experiência que seja base de reflexão, tanto individual quanto universal, numa paradigmatologia. “O paradigma foucaultiano é exemplar e modelo mas também *exemplum* e permite reunir enunciados e práticas discursivas num novo conjunto inteligível e num novo contexto problemático” (AGAMBEN, 2019, p. 23). Desta feita, não se trataria de replicar, mas de disparar outros devires. O exemplo estudado, o plano da experiência, é específico e geral ao mesmo tempo. O recorte do campo problemático é imanente. Não há pressuposto nem origem, cada fenômeno é originário. Não é apenas constatar uma semelhança sensível, mas produzir essa ressonância, como semelhança num regime de intensidade: fazer vibrar. Assim, o campo pede o método cartográfico; e não o contrário.

E por falar em campo, a corda bamba das políticas públicas e da garantia dos direitos humanos, de dignidade, moradia, emprego e alimentação nunca esteve tão frágil – desde que me entendo enquanto pessoa política – quanto nesse atual governo fascista e negacionista que impera no Brasil. Assim, reconhecer nossos limites enquanto CAPS I, por exemplo, se aproxima muito cruelmente de tangenciarmos a nossa extinção e fazer ressurgir das cinzas

todos os manicômios mentais e institucionais que nunca deixaram de nos assombrar. É por esse aspecto que encontro a perversidade da lógica que nos sustenta, por deixar em nossa sobrecarga e às custas da nossa saúde mental, a manutenção dos serviços. Como se fôssemos os únicos responsáveis por operar e garantir a Reforma Psiquiátrica, ainda que já efetivada legalmente há mais de 20 anos pela conclusão da lei 10.216 (BRASIL, 2001).

A efetivação de uma RAPS não garante a operacionalização de uma cultura antimanicomial. É por demais tênue a linha entre a afirmação – pela necessidade de defesa, a todo momento – do nosso trabalho, da lógica da Atenção Psicossocial, da potência dos dispositivos substitutivos e o reconhecimento, de nossa parte, de nossa prescindibilidade, da incapacidade de resolução total, dos furos necessariamente em acordo com a proposta de uma lógica antimanicomial, porque também absolutamente contrária às instituições totais! Desta feita, perdemos tanto tempo defendendo o óbvio – que é, no limite, a existência do nosso trabalho e dos equipamentos da RAPS – que acabamos caindo num buraco também perverso e autoinfligido de acreditarmos sermos superpoderosos e unicamente responsáveis pela saúde mental de todo uma população adscrita aos nossos serviços.

Dessa forma, reconhecemos que, para uma maior efetividade da Política Nacional de Saúde Mental, é preciso avançar na cobertura dos serviços previstos e não subverter a lógica da atenção psicossocial pela suposta ineficácia de seus serviços insuficientes, fazendo valer uma ótica manicomial como alternativa a este cenário de desassistência, a meu ver, propositadamente letárgico e sucateado. Esse trabalho visa colocar alguma luz nesse funcionamento pouco notado, pela ótica local, como trabalhadora da ponta migrante da capital para o interior, apostando que fazer valer uma política pública de dimensão tão variada, singular e delicada a que se propõe a Reforma Psiquiátrica Brasileira urge conhecer as minúcias e idiossincrasias das realidades locais, com ênfase nos municípios de pequeno porte – como dito, maioria dos municípios brasileiros.

PISANDO O CHÃO

*Eu não existia
Não tinha uma existência
Não tinha uma matéria
Comecei existir com quinhentos
milhões e quinhentos mil anos*

Stella do Patrocínio

Disparo este texto localizando a construção e afirmação de uma escrita, da forma de fazê-la como componente ético e estético deste trabalho. Saúdo as mulheres que me trouxeram até aqui, seja na academia, na formação da vida, nas inspirações nos serviços de saúde, na luta e organização militante e nas leituras literárias e poéticas, compostas por nossos modos de existir na contramão do sistema patriarcal. Por uma forma outra – suave, inclusiva e potente – de ocupar lugares de saber e poder, de produção de conhecimento e de fazer escrita acadêmica, que comunique e possa ser múltipla.

Numa perspectiva de descolonização dos saberes e práticas, afirmo esta pesquisa-militante como possibilidade transversal de construção de sentidos, pela produção material da vida, numa práxis da coletividade. Reconhecendo as diferentes matrizes de pensamento que compõem a América Latina, chão e território que pisamos e habitamos, a apostila epistemológica que fazemos se afasta da matriz liberal burguesa balizada pelo capital da ciência moderna.

Negamos a neutralidade, objetividade e imparcialidade que se distanciam da materialidade da vida e julgam definir qual conhecimento é válido ou não. Contra o colonialismo intelectual, a produção coletiva de conhecimento é também consequência de uma pesquisa por demanda, advinda de relações próprias com o território/campo, numa tecitura de saberes e narratividades.

Importa reconhecer que as impressões aqui recolhidas, análises e referências a situações cotidianas são frutos de anos de trabalho no serviço, desde minha chegada, em 2018, até a presente data de escrita dissertativa. Nesse sentido, algumas afirmações dizem respeito a temporalidades e momentos políticos e institucionais diferentes, não necessariamente próprios à condição atual das gestões e equipe de trabalho. Essa bricolagem tempo-espacial pode parecer avessa ao campo acadêmico ou à proposta de uma pesquisa com início, meio e fim, mas ela é coerente com a apostila epistemológica que aqui se apresenta, fazendo conversar as diversas facetas de uma instituição, entendendo que esta é justamente composta por seus múltiplos vetores de força, construção e afetação. Assim, não se supõe uma linha reta cronológica. As impressões, excertos e narrativas aparecerão transversais ao texto corrente, na perspectiva cartográfica de poder mapear as linhas que constituem este campo.

HISTORICIDADE, CONSTRUÇÃO E DESMONTE

Para começar um texto acerca das problemáticas do campo da Atenção Psicossocial no Brasil, é preciso, brevemente, voltar algumas casas atrás para rápida contextualização. Sem interesse em me alongar nos fatos históricos de constituição e conceituação da loucura (Foucault já o fez precisamente!), elejo alguns recortes para trazer materialidade e ponto de partida para a discussão central a que nos propomos aqui. Fato é que a ideia da loucura enquanto doença e, exatamente por isso, com exigência de cuidados médicos, deu-se no final do século XVIII. Antes disso, tínhamos diferentes perspectivas e experiências na lida com a loucura, variando com a sociedade na qual estivesse inserida e com interesses políticos e econômicos em mantê-la excluída, incluída ou indiferente.

Devera e Costa-Rosa (2007) localizam que a partir do século XIX os médicos vão trazer para si – e somente para si – a necessidade de um estudo e tratamento clínico da loucura, com formulação de leis para tal fim, numa perspectiva de cuidado asilar com nuances de punitivismo e moralidade. O surgimento da Psiquiatria no Brasil enquanto especialidade médica é, então, associado diretamente à criação e ampliação dos hospitais psiquiátricos no país, em meados do século XIX. Importante ressaltar que o inchaço desses asilos não se ateve exclusivamente aos ditos loucos, como também a toda mazela de excluídos do sistema político-econômico-social, que não lhes ofertava qualquer outra possibilidade de suporte e aos quais também interessava encarcerar.

Será mais tarde, nas décadas de 1960 e principalmente de 1970, que movimentações político-sociais farão emergir novos discursos contra-hegemônicos na assistência psiquiátrica de caráter manicomial. É quando mais fortemente inicia-se a crítica ao modelo hospitalocêntrico na atenção à saúde bem como à falência da lógica privada hospitalar. Sempre bom lembrar o cenário de golpe militar em 1964 e consequente instauração da ditadura civil-militar nos vinte anos seguintes, pano de fundo para diversos movimentos revolucionários e reformistas, dentre eles o da Reforma Sanitária. Já em 1978, a vinda de Basaglia, Guattari, Goffmam e outras referências internacionais ao Brasil consubstancia mais as ideias antimanicomiais país adentro, num necessário contágio e consolidação dos movimentos em algo que dará início ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, junto ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Em meio ao contexto de violações políticas severas, torturas e desaparecimentos de militantes no país, as denúncias de maus-tratos, violência e confinamento de dentro dos hospícios ganham mais publicidade e corpo social, saindo da esfera mais restrita a trabalhadores, familiares e pesquisadores do campo.

De tudo isso deriva um conjunto de princípios que estão na base de uma série de experiências e práticas, em âmbito estadual e, sobretudo, municipal. Essas experiências municipais de Reforma Psiquiátrica só vão poder ocorrer em consequência do processo de municipalização, desencadeado pela Reforma Sanitária, que propiciou aos municípios condições de autonomia política e administrativa no setor Saúde com que não tinham contado até então (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007, p. 68).

Como importantes marcos desse processo histórico de reforma psiquiátrica brasileira, sob aspirações das experiências da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana – principalmente da desinstitucionalização em Trieste – surgem os primeiros CAPS (São Paulo em 1987) e NAPS (Santos em 1989). Esses dois equipamentos inauguram e disseminam uma assistência em Saúde Mental sob a lógica da Atenção Psicossocial no Brasil, com serviços abertos, comunitários e regionalizados, num embate concreto à centralidade (e inclusive à necessidade) do hospital. No ínterim desses acontecimentos, há os emblemáticos VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o Encontro de Bauru (1987) e a promulgação da Constituição Federal em 1988, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde, pela lei 8.080 e 8.142 em 1990. Bastante influenciada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, que viria a definir as principais diretrizes do SUS e já indicar importantes mudanças no modelo de atenção à Saúde Mental, em 1987 acontece a 1^a Conferência Nacional de Saúde Mental.

Neste instante, entrecruzo narrativas históricas, numa abertura momentânea do espaço-tempo. Excerto de diário de bordo em 04/11/2021:

IX Conferência Municipal de Saúde

a sensação inicial de esvaziamento de sentido desses espaços, com e para aquelas pessoas, nesse contexto político. sensação de feitura pró-forma, como se todos ali estivessem tão desacreditados daquele espaço quanto certos da prescrição em fazê-lo. nossa conferência, por motivos vários, não acompanhou a temporalidade das demais. veio tardia, pós planejamento plurianual municipal feita por cada ponto da Rede de Atenção à Saúde. Mas o dia prossegue, a programação vai acontecendo e a primeira palestra é motivadora, faz pensar, é passado conteúdo com didática e clareza, num posicionamento crítico por parte do coordenador estadual da atenção básica, a despeito de seu cargo, mas sem “polarização”. na parte da tarde, na hora da divisão em grupos de trabalho, se dá meu maior receio do não-sentido. dois eixos se fundem em um só grupo, pelo quórum e também por um outro esvaziamento, mais simbólico. mas é quando também posso me surpreender e ouço vários desconhecidos falarem, e a discussão acontece e as propostas são conjuntamente elaboradas. aí vem brilho nos olhos, coração acelerado, reencantamento pela produção coletiva de sentido. pela força que é ver pessoas engajadas e dispostas a conversar e fortalecer o SUS pelo cotidiano de nossas ações, mesmo tão pequeninhos. dessa conferência, participei como Conselheira, me despedindo desse ofício. Na anterior, em 2018, naquele outro tempo-corpo, participei querendo ser delegada e eleita para ir para as conferências estadual e nacional e ainda querendo fazer

parte do CMS, numa expectativa e disposição para ocupar e engravidar esse espaço de outras forças de ação.

curioso como a gente vai trabalhando, produzindo e estudando o SUS e tantas vezes não se dando conta que estamos escrevendo essa história. eu chego em casa cansada do dia de trabalho e participação social – com direito à atenção à crise no intervalo do almoço – e vou estudar. escrevo sobre a história pregressa da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos marcos constituintes do SUS, com especial foco às Conferências, sem me dar conta de que hoje era eu, éramos meus colegas, eram aquelas pessoas que escreviam esse capitulozinho da história, com ou sem holofotes. e ainda não desistimos!

Levando ainda em consideração os acontecimentos mundo afora de reestruturação e reformulação do conceito e entendimento de Saúde e suas complexidades, organismos internacionais também respaldarão os movimentos nacionais, dando-lhes balizas técnicas norteadoras, como a Declaração de Caracas, em 1990 (OMS/OPAS). Nesse sentido, é importante localizar as mudanças nos modelos de atenção em Saúde Mental como motivadas e impulsionadas pelas reformas em vários países, e também apoiadas pela Organização Mundial de Saúde (Relatório Mundial da Saúde, 2002). Vale dizer, então, que as experiências brasileiras não são exclusivas nem propriamente endógenas, e que desde os anos 1990 estão alinhadas com o que diz o principal órgão multilateral da saúde.

O que eventos efervescentes dos anos 1980 e início dos anos 1990 vão inaugurar é justamente a reformulação do modelo de atenção em Saúde, com a implementação do SUS. E suas diretrizes fundantes vão redirecionar também a atenção em Saúde Mental, favorecendo, inclusive a nível legal, algumas das principais bandeiras do movimento da Reforma Psiquiátrica. Afirmar a integralidade da atenção, bem como a autonomia dos usuários e a garantia de seus direitos como cidadãos, incide diretamente nas críticas ao modelo asilar, já há anos sendo contestado. O princípio organizativo de descentralização do SUS vai operar a regionalização dos serviços, fazendo valer uma rede de equipamentos de atenção e enfraquecendo o modelo hospitalocêntrico, grande pilar manicomial. Assim, a municipalização da Saúde também traz autonomia para os municípios organizarem suas redes mais territoriais e centradas em suas particularidades, favorecendo a criação de serviços de base comunitária de acordo com as características populacionais. A aposta no Controle Social incide diretamente na participação dos usuários e familiares nos processos decisionais que lhes digam respeito, inserindo-os tanto nas discussões cotidianas de construção dos novos serviços substitutivos ao modelo anterior quanto nos espaços oficiais como Conselhos e Conferências de Saúde.

De lá até 2001, quando finalmente da aprovação da lei federal da Reforma Psiquiátrica 10.216 (que teve diversas alterações em seu corpo original, perdendo partes importantes e caras

ao movimento), muitas portarias ministeriais foram publicadas, bem como houve continuidade das Conferências Nacionais de Saúde Mental e do próprio movimento social de trabalhadores, usuários, familiares e militantes do campo antimanicomial. A instituição legislativa de oficialização do processo de reforma psiquiátrica vem apenas afirmar alguns marcos de anos de luta e organização social para a superação do modelo hospitalar e médico-centrado e criação de uma rede de serviços substitutivos e originais, que já vinham sendo inventados há mais de uma década. É importante e algo vitorioso a resposta em termos de lei, mas também entende-se certa captura pelo movimento instituído que define as tipologias dos novos serviços e suas formas de financiamento, tendendo a encerrar um processo que – hoje sabemos ainda mais – não se finaliza. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e toda continuidade de lutas e resistências na disputa pelos modelos de atenção psicossocial vem sempre relembrar que “por uma sociedade sem manicômios” é lema constante.

Uma das principais estratégias aplicadas pelo Estado na efetuação da Reforma Psiquiátrica desde a lei 10.216/01 foi a redução dos leitos psiquiátricos espalhados pelo país, num descredenciamento dos leitos SUS a partir de avaliações de qualidade pelos programas PRH e PNASH/Psiquiatria, dando mais incentivos a hospitais de pequeno porte e desativando leitos de baixa qualidade assistencial em hospitais de médio e grande porte. Entre 2002 e 2020 foram desativados 37.464 leitos SUS em hospitais psiquiátricos no país (DESINSTITUTE & WEBER, 2021, p. 41). É importante destacar, por mais que já nos pareça de tamanha clareza e obviedade, que a redução dos leitos não foi feita abruptamente, tampouco sem planejamento. Ao contrário, completamos 20 anos nessa tarefa, não apenas pela programação e pactuação da forma dessa redução de leitos, mas também atrasados pelas diversas forças conservadoras de impedimento do avanço da Reforma, por descredibilização e também por aposta no modelo manicomial de descuido assistencial à Saúde Mental de pessoas em sofrimentos e transtornos psíquicos.

05/10/21

Um exemplo clássico dos descaminhos que ainda nos deparamos, para surpresa de alguns e desânimo de outros, é o susto que diversas pessoas (trabalhadores da rede de saúde e intersetorial, usuários, familiares, gestores e figuras públicas) levam ao saber de mais um hospital psiquiátrico fechado judicialmente. Nos perguntam como isso pode acontecer, “de uma hora pra outra”, que farão com os internos, que será feito dos usuários quando entrarem em crise. E ouço isso em um município que há anos já não conta mais com o suporte do hospital psiquiátrico de referência, que possui CAPS, RT, ambulatórios de psicologia e psiquiatria, e leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.

Uma significativa ferramenta de desinstitucionalização no Brasil é o Programa de Volta pra Casa (PVC), um benefício oferecido pelo governo federal às pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, como mecanismo de restituição mínima dos danos causados pelo Estado na violação de seus direitos humanos, em sua liberdade de existir. O PVC foi instituído em 2003, pela lei federal 10.708, como forma de indenização através de um auxílio-reabilitação psicossocial no valor atual de R\$500,00 (ajustado em maio de 2021). Ele compõe, juntamente com a redução dos leitos psiquiátricos e a implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, o tripé da desinstitucionalização no Brasil. Apesar de ser um benefício relativamente fácil de acessar, no quesito de poucas exigências para sua concessão, e de ser um auxílio financeiro – ainda que baixo – fundamental para a reinserção na vida em sociedade para além dos muros manicomiais, o PVC não é conhecido e difundido plenamente por todo o país, como deveria. É notada sua prevalência em grandes cidades, principalmente nas que compunham os polos manicomiais na região sudeste, devido ao elevado número de pessoas egressas de longas internações psiquiátricas e consequente desinstitucionalização. Porém, nos interiores nem sempre se tem acesso às informações necessárias para sua requisição, inclusive pela parte técnica das equipes dos serviços substitutivos.

Digo isso também por ter feito parte, em 2017, da pesquisa nacional multicêntrica de avaliação do PVC elaborada pela Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde e algumas Universidades Federais. Meu campo de pesquisa foi a cidade de Juiz de Fora (MG), que integrava junto com Barbacena (MG) o “corredor da loucura”³. A pesquisa visava aferir, junto a beneficiários do programa e suas equipes de referência, como o PVC influenciava a composição de vida daquelas pessoas, através da construção de narrativas numa perspectiva qualitativa-quantitativa de avaliação. Foram selecionados municípios com histórico de longas internações psiquiátricas e, por conseguinte, que continham usuários de longos anos beneficiados pelo programa. No entanto, no ano seguinte, quando entrei para o CAPS I cenário desta pesquisa, pude observar e problematizar a ausência do benefício para os usuários do serviço, inclusive os moradores da Residência Terapêutica. Havia muita desinformação da equipe quanto aos critérios de acesso, sobretudo no que tange à não cumulação deste auxílio com o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Destaco este episódio como elemento crucial

³ Para mais informações, ver “Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil” por Daniela Arbex, 2019.

do andamento das políticas públicas Brasil adentro, numa basal desinformação e falta de acesso que muito deve interessar aos seus entraves.

Complementando o alicerce da desinstitucionalização no Brasil, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são espaços de moradia para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas (minimamente dois anos ininterruptos) assistidas por uma equipe de cuidadores leigos e técnicos multiprofissionais em Saúde Mental. Elas podem ser de tipo 1, com moradores que não precisam de assistência intensiva diariamente nem tenham intercorrências clínicas graves, ou tipo 2, quando necessitam atenção mais diretiva e ininterrupta, na saúde de forma geral. Ambas devem focar na produção de autonomia, de vínculos afetivos e de ocupação da cidade, numa perspectiva de reinserção social para pessoas com marcas severas de privação de liberdade. Por seu caráter híbrido entre casa e serviço, entre leigos e técnicos, somado pelo tamanho desafio de gravidades particulares encontradas em cada uma daquelas vidas por vezes arbitrariamente reunidas sob o mesmo teto, numa proposta antimanicomial e de pouco apoio institucional, considero um dos grandes nós da Reforma Psiquiátrica.

Além dos serviços de atenção psicossocial diária e comunitária, com perspectiva do cuidado pela afirmação da cidadania dos sujeitos, inseridos na cidade e em seus territórios existenciais, conta-se também com leitos de atenção à crise e estabilização tanto nos CAPS III⁴ quanto em Hospitais Gerais, complementando a lógica assistencial também em suas características de urgências e emergências, de acordo com o previsto na RAPS. Todavia, e apesar de bradarmos coletivamente incontáveis vezes que “direito garantido não se compra e não se vende”, os tempos sombrios nunca se afastaram muito do campo da Saúde Mental para aqueles que por ela militam. E, institucionalmente desde 2016 com a Emenda Constitucional 95 e o respectivo congelamento dos gastos em saúde pública pelos próximos vinte anos, vivemos a difícil realidade da retomada dos gastos em financiamento dos leitos em grandes hospitais psiquiátricos, aprovado pela portaria 3.588/17, reduzindo ainda mais o investimento nos serviços de base territorial e do cuidado em liberdade.

A publicação Saúde Mental em Dados – panorama de séries históricas de dados públicos sobre a Política Nacional de Saúde Mental – foi divulgada por dez anos consecutivos pelo governo federal, tendo sua última edição em 2015. Coincide, ao fim deste mesmo ano, a

⁴ “Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes” (BRASIL, 2011).

inédita ocupação da Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde, durante mais de 100 dias, por militantes pró Reforma Psiquiátrica, exigindo a exoneração do então nomeado Valencius Wurch – ex-diretor técnico do maior hospital psiquiátrico da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras (Paracambi/RJ). A falta de transparência e de acesso aos dados, num cenário de alteração das políticas públicas já consolidadas e de ataque aos direitos sociais garantidos, somado à ausência de Conferências Nacionais de Saúde Mental (tendo sido a última em 2010)⁵ faz com que se dificulte a avaliação do andamento da lei 10.216, dos serviços habilitados, do fechamento de leitos psiquiátricos, bem como torna as experiências em Saúde Mental mais isoladas.

A correlação de forças não está favorável nos últimos anos, principalmente desde 2016 com o golpe de impedimento à presidência de Dilma Rousseff numa retomada conservadora do país, passando pelo regime interino de Michel Temer e aprofundada drástica e sofregamente pelo atual presidente da república, Jair Bolsonaro. De lá pra cá fomos assolados de retrocessos políticos e institucionais em diversos campos da vida, mas me atenho, no limite do possível, a focar no campo da Saúde Mental pública. Em especial afronta advinda de interesses particulares, que reorientam o modelo da RAPS e recolocam a centralidade do paradigma psiquiátrico em cena, a Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Portaria do Ministério da Saúde 3.588 (ambas em 2017) vão dar o pontapé inicial para uma importante alteração na Política Nacional de Saúde Mental (DESINSTITUTE & WEBER, 2021, p. 65).

Muitas foram as mudanças propostas, aprovadas e sentidas na pele e no cotidiano em serviços de atenção psicossocial, como trabalhadora terceirizada do SUS na capital fluminense, fortemente deflagradas em 2017. Dentre as várias possibilidades de organização coletiva e criação de qualquer resistência possível ao desmonte da saúde pública, inúmeros trabalhadores da cidade do Rio de Janeiro – principalmente da Atenção Básica e da Saúde Mental – começaram a realizar encontros regulares de partilhas das situações múltiplas vivenciadas nos equipamentos, bem como a organizar assembleias dentro dos serviços, chamando usuários e familiares para discutirmos coletivamente a conjuntura e nossas formas de resposta.

⁵ Após 12 anos, pretende-se realizar a V Conferência Nacional de Saúde Mental no presente ano, em 2022. Porém, com desorganização generalizada fruto do desmonte dos últimos anos, nem todos os municípios conseguiram realizar suas Conferências Municipais, que levassem delegados e participantes com propostas levantadas para as Estaduais e, então, chegar à construção conjunta e ampla participação para a Nacional (que já teve sua data de realização alterada algumas vezes). Pessoalmente, a história se repete. Mesmo com insistência em manter nossa participação (do CAPS, com gestão, trabalhadores e usuários) na Conferência Municipal - de disputa inédita por componentes do terceiro setor, a saber uma ONG religiosa que se propõe à assistência em Saúde Mental - devido a alterações seguidas das datas da Regional, não foi possível garantir minha presença para a Estadual.

Dentre os retrocessos e demissões coletivas, organizamo-nos também em categorias profissionais, junto aos nossos Conselhos e Sindicatos e compusemos o movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos, de grande mobilização social à época. Dada a capilaridade junto aos serviços e aos usuários, que frequentavam nossos atos e assembleias, algumas coisas conseguimos ao menos barrar, não sem porrada, medo e perseguição. Trago esse breve recorte episódico não só como importante registro da continuidade dos movimentos em prol de uma saúde pública, de qualidade e universal, numa afirmação imediata de defesa da democracia e dos direitos garantidos como políticas públicas, mas também para reiterar a potência desses encontros enquanto formadores de afetos coletivos e políticos, num salve do esmorecimento individual.

Alguns autores nos ajudam a analisar o desmonte da Política de Saúde Mental dos últimos anos, em consonância com o desmonte da própria Saúde Pública, no âmbito do ataque direto ao SUS, deflagrado pela Emenda Constitucional 95 (promulgada em dezembro de 2016). Oliveira Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) fazem uma importante compilação e destilação acerca dos últimos marcos legais e acontecimentos políticos que corroboraram, desde o pré-golpe, para um redirecionamento da PNSM. Neste sentido, não podemos esquecer de um fato marcante, ainda no governo Dilma e na contramão do percurso progressista no campo da Saúde Mental até então, que foi a nomeação de Valencius para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – ademais da inclusão das Comunidades Terapêuticas⁶ na RAPS, em 2011.

Alguns episódios à frente, temos, já no governo interino de Michel Temer, a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (2017) que desconfigura a bem sucedida e ainda em expansão Estratégia de Saúde da Família, reformulando o sentido de apoio matricial do NASF e colocando como desnecessária para sua real efetivação a figura do Agente Comunitário de Saúde. Uma RAPS operante e funcional necessita articulação direta e constante com a Atenção Básica, sendo a ESF uma lógica de atenção territorial fundamental na capilarização da Saúde Mental para o alcance e cobertura de seu território e no entendimento da integralidade do sujeito assistido (OLIVEIRA CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020).

⁶ “Em 2011, as Comunidades Terapêuticas aparecem na Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a) como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial; em 2012, a Portaria nº 131/2012 (BRASIL, 2012d) institui incentivos financeiros para apoio aos serviços em Regime Residencial (incluindo comunidades terapêuticas); em 2016, a Portaria nº 1.482/2016 (BRASIL, 2016a) inclui as Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, embora nenhuma tenha sido cadastrada e efetivamente financiada” (DESINSTITUTE & WEBER, 2021, p. 68).

Na sequência de bombardeios contrarreformistas, temos as já citadas resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) somada à portaria 3.588, ambas no apagar das luzes de 2017, que vão finalmente redirecionar a lógica da atenção psicossocial instaurada. Propondo retorno do Hospital-Dia e do próprio Hospital Psiquiátrico na composição da RAPS, além das equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental, todos apartados do território e sem base comunitária, os instrumentos normativos trazem um retorno da atenção centrada no hospital, com assombros asilares e manicomiais. Como “expansão” da presente lógica assistencial, propõem a figura do CAPSad IV, que não cumpre exatamente a atenção psicossocial preconizada. Funcionando como pequenos hospitais, os CAPSad IV respondem mais à racionalidade hospitalar que à atenção à crise pautada no vínculo terapêutico e no território. Destituindo a lógica da Redução de Danos e mais uma vez focado na guerra às drogas e não no cuidado integral do sujeito, esses serviços intentam ofertar tecnologias duras do cuidado, centrado na cena de uso, com constrangimento ao usuário. Com terapêuticas algo impositivas de possíveis vistas ao recolhimento compulsório, flertam diretamente com a porta de entrada das comunidades terapêuticas. A afronta é, ainda, na crueldade em nomear este equipamento como CAPS, não representando em nada a atenção psicossocial que construímos e constituímos (OLIVEIRA CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020). Independente de suas formas e diretrizes de implementação e operacionalização do cuidado, fica ainda a indagação da razoabilidade de se instituírem novos serviços, de caráter normativo semelhante aos já previstos e implementados, no lugar de se fortalecer o que já se tem e urge melhoria e financiamento.

Mais uma vez, vemos o incentivo a novas ou obsoletas formas de atenção e cuidado e desinvestimento nos serviços já estabelecidos, mas sucateados e subfinanciados. A despeito da Emenda Constitucional 95, que congela os gastos em Saúde por 20 anos a partir de 2019 e o consequente contingenciamento do SUS e em suas esferas de atenção, contrasta-se a enormidade de recursos financeiros destinados às comunidades terapêuticas e em internações psiquiátricas, numa certeira descoberta dos equipamentos de base territorial, comunitária e em prol da liberdade, autonomia e cidadania dos usuários⁷.

A Nota Técnica 11/2019, emitida em fevereiro daquele ano, quando é oficialmente dita e anunciada a Nova Política Nacional de Saúde Mental, é legalmente embasada por todas as

⁷ Segundo dados do Desinstitute, o governo federal teria destinado, “via FUNAD [Fundo Nacional Antidrogas], R\$ 153,7 milhões, em 2019, e R\$ 300 milhões, em 2020, para o financiamento de CTs” (DESINSTITUTE & WEBER, 2021, p. 69), tendo como meta do Plano Plurianual 2020-2023 “ampliar em 172,73% o número de atendimentos em Comunidades Terapêuticas” (ibidem, p. 70), sem conter metas direcionadas aos CAPS.

portarias e resoluções publicadas nesta direção desde dezembro de 2017. É claro que até então nenhuma legislação afirmava a mudança na direção da PNSM, sempre “defendendo” duvidosamente a lógica da atenção psicossocial. Todavia, é a partir desta nota que se verbaliza institucionalmente a guinada manicomial, negando os serviços como “substitutos”, bem como o fechamento de serviços de qualquer natureza. A Nota ainda afirma a ineficácia da política vigente até então, de acordo com consultas realizadas a mais de setenta entidades, não mencionando quais seriam e tendo em vista que as mais reconhecidas entidades atuantes da área (ABRASCO, ABRASME, conselhos de controle social nacionais, conselhos de categorias profissionais e pesquisadores, por exemplo) posicionaram-se publicamente contrários e foram ignorados.

DADOS, ALGUMAS EVIDÊNCIAS E POUCA TRANSPARÊNCIA

Um dado relevante e que muito nos ajuda a compreender e visualizar os retratos da Política de Saúde Mental no país é o financiamento público, pela variável de proporção dos gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e em Saúde Mental do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Segundo dados do Painel Saúde Mental (DESINSTITUTE & WEBER, 2021), a atual proporção dos gastos investidos em Saúde Mental beira os 2% (numa estabilidade de 2,1% de 2016 a 2019, sem registro mais atual), tendo já atingido 2,9% em 2010 no contexto de inversão dos gastos (iniciado em 2006, donde o governo federal passa a investir mais em serviços extra-hospitalares que em serviços hospitalares). O atual congelamento dos gastos públicos em Saúde e a redução progressiva de investimentos federais na saúde nos anos anteriores num contexto de refinanciamento dos leitos psiquiátricos e incentivo às comunidades terapêuticas nos deixa um cenário de pouquíssimo investimento nos serviços de base territoriais. Cabe lembrar que a Organização Mundial de Saúde sugere gastos na área da ordem de 5% e considera insuficiente a proporção de 2% em gastos públicos com Saúde Mental em países de baixo ou médio desenvolvimento econômico (como é o caso do Brasil), por tamanho impacto social dos acometimentos psíquicos em sujeitos e comunidades (DESINSTITUTE & WEBER, 2021, p. 57).

O financiamento do SUS sempre esteve em disputa por setores governamentais conservadores e pouco foi cumprido principalmente por parte da União, na transferência de recursos para estados e municípios. Dados do IPEA (2019) sobre a vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil apontam que o financiamento do SUS nunca foi prioridade de

investimento governamental federal, ainda atualmente com mais riscos de descumprimento. O que os autores chamarão de “subfinanciamento crônico” (VIEIRA, PIOLA & BENEVIDES, 2019) do nosso sistema público de saúde é um dos principais entraves, desde a sua criação, há mais de trinta anos, para a efetivação do acesso universal a bens e serviços de qualidade à toda população. Serão os estados e municípios, principalmente a partir dos anos 2000, que sustentarão mais bravamente o financiamento dos serviços públicos de saúde, ampliando sua porcentagem de contribuição.

Trago estes dados para reafirmar a necessidade constitucional do Estado de prover e garantir os direitos sociais, bem como ofertar os recursos necessários à sua execução, estando a atenção à Saúde Mental também inserida neste contexto macropolítico. Apesar do subfinanciamento histórico do SUS, queremos chamar mais atenção nesta pesquisa aos recentes ataques de forças ultra conservadoras e neoliberais, que desresponsabilizam ainda mais o Estado de seus deveres junto à população, incidindo diretamente nas diretrizes das linhas de cuidado em saúde, suas políticas, programas e serviços. Desta feita, entende-se um importante recuo da Política Nacional de Saúde Mental incisivamente desde 2017, inserida no processo de sucateamento e privatização (incluindo maior abertura e interferência do capital estrangeiro) do SUS como um todo.

Conforme dito anteriormente, é constatada a inversão de gastos, a partir de 2006, no modelo de atenção à Saúde Mental, com redução significativa do investimento em Hospitais Psiquiátricos e aumento equivalente dos gastos em serviços substitutivos territoriais, principalmente os CAPS. Porém, a partir de 2011 há queda no ritmo de expansão dos serviços, além de uma distribuição inequânime pelo país. É, ainda, no final deste mesmo ano que surge o programa interministerial “Crack: é possível vencer”⁸ com investimentos bilionários em políticas públicas, abrangendo os Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos. Neste ínterim, os CAPSad III receberam forte investimento, tendo uma expansão de sua implementação incomparável com os demais modelos de CAPS, além de desproporcionalmente distribuídos pelos estados (segundo o entendimento, à época, de suprirem os maiores polos de incidência do uso do psicoativo contra o qual se guerreava). Segundo Onocko-Campos (2019), analisar estes dados nos traz um

⁸ Lançado em dezembro de 2011, o programa “Crack, é possível vencer” é um conjunto de ações do Governo Federal para enfrentar o crack e outras drogas. Com investimento de R\$ 4 bilhões e articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, além da participação da sociedade civil, a iniciativa tem o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção até 2014 (BRASIL/MJSP, 2011).

bom entendimento de como as políticas públicas podem facilmente se efetivar quando há um direcionamento de atenção e investimento voltados a elas.

De acordo com dados do Painel Saúde Mental (DESINSTITUTE & WEBER, 2021), o Brasil é composto, em sua maioria, por municípios de pequeno porte com população inferior a 15 mil habitantes, segundo a Estimativa Populacional para 2020 do IBGE. Por estes dados, 59% dos municípios brasileiros sequer têm perfil demográfico para habilitação de CAPS, donde habitam, estimativamente, 10,6% da população. Como sabemos, conforme a portaria 3.088/2011, que define as tipologias dos CAPS e suas referências populacionais, o CAPS I é indicado para municípios ou regiões acima de quinze mil habitantes.

Assim, costumamos afirmar a Reforma Psiquiátrica como consolidada pela Lei 10.216, mas desconsideramos significativamente a conformação geográfica do país e suas singularidades regionais. Resta saber como tem funcionado a atenção psicossocial nesses municípios – que não são minoria da realidade brasileira – não só nos que não possuem equipamentos de Saúde Mental em consonância com as diretrizes legais, mas também naqueles com população que permite a implementação dos CAPS I. É preciso considerar que esses serviços, por si só, não encerram nem podem dar conta de toda atenção em Saúde Mental de seus municípios, necessitando de uma rede de serviços intra e intersetorial.

O Painel Saúde Mental nos traz importantes dados suprimidos pelo governo federal, conforme tabela abaixo, e favorece algumas análises interessantes dos mesmos, bastante basal para esta pesquisa.

Tabela 1: Distribuição de CAPS por tipo e região no Brasil, em 2020.

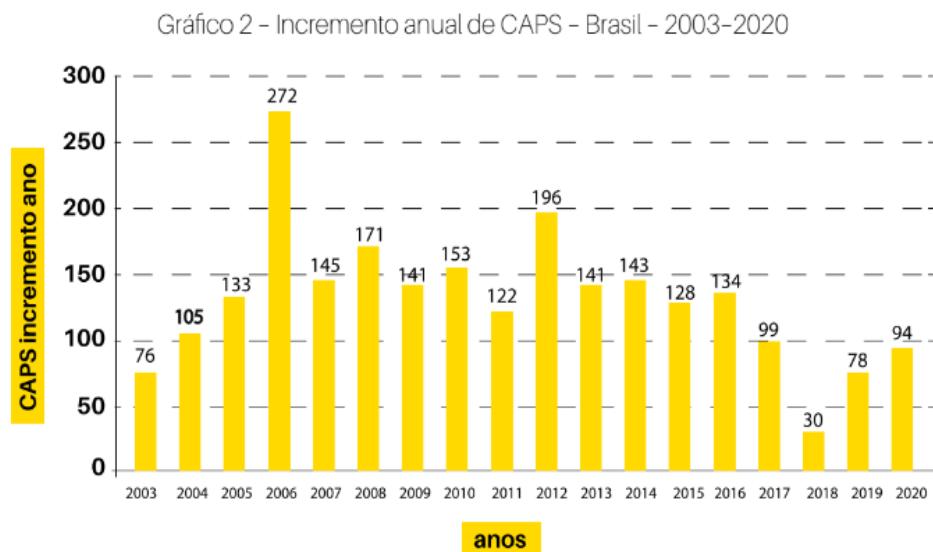
Região	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS AD III	Total
Centro-Oeste	16.504.303	96	31	4	10	21	6	168
Norte	18.672.591	112	32	7	6	14	6	177
Nordeste	57.374.243	597	151	24	56	93	29	950
Sul	30.192.315	220	86	9	51	75	24	465
Sudeste	89.012.240	363	232	68	155	166	41	1.025
Brasil	211.755.692	1.388	532	112	278	369	106	2.785

Fonte: Painel Saúde Mental (DESINSTITUTE & WEBER, 2021)

Ao observarmos a distribuição de CAPS por tipo nas regiões brasileiras no ano de 2020, podemos perceber uma diferença considerável entre a disposição tipológica destes serviços, havendo em todas elas majoritária presença de CAPS I em contraste com a irrisória existência dos CAPS III, seja para o acompanhamento a usuários de Álcool e outras Drogas ou

não. A discrepância na proporção dos tipos de CAPS nos traz alguns elementos importantes sobre a evolução da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua interiorização pelo país, que serão vistos adiante.

O Gráfico abaixo mostra o avanço da implantação de CAPS por ano no Brasil entre 2003 e 2020.



Fonte: Painel de Saúde Mental (reprodução)

Podemos observar significativas altas nos anos iniciais (chegando ao ápice de 272 novos CAPS em 2006) e grandes quedas nos últimos anos, principalmente em 2018 (com a triste marca de apenas 30 novos CAPS) e 2019 (com 78 CAPS inaugurados, meramente 2 a mais que em 2003). Em todo o período observado, o triênio 2018-2020 foi o que menos recebeu investimento federal, demonstrando clara reversão de prioridades no custeio de serviços, em acordo com a nota técnica nº 11/2019.

Ao longo desta série histórica, também tivemos algum avanço na interiorização dos CAPS, ponto chave para o tema desta pesquisa. Se, em 2002, somente 39,2% dos CAPS localizavam-se em cidades de pequeno porte (com até 50 mil habitantes⁹), em 2020 esse número subiu para 45,4% (DESINSTITUTE & WEBER, 2021). Temos, então, expansão dos serviços para cidades pequenas, fazendo avançar a Política de Saúde Mental para os interiores numa lógica afirmativa. Todavia, interessa saber se esses serviços se mantêm alinhados às

⁹ Entende-se por municípios de pequeno porte os que têm até 50 mil habitantes; de médio porte, até 100 mil; de grande porte, até 900 mil e metrópoles, acima de 900 mil habitantes.

diretrizes nacionais, como estão suas relações com a Rede de Saúde e demais políticas públicas intersetoriais, bem como sua relação com a comunidade, em sendo serviços primordialmente territoriais. Este é um dos objetivos deste estudo, tendo por referência o município pesquisado.

Percebe-se, na avaliação do indicador de CAPS/100 mil habitantes, uma cobertura de média nacional em 2020 próxima a 0,7 – ou seja, quase 70% da população brasileira estaria coberta e/ou assistida pelos CAPS espalhados por todo território do país. É uma média alta, que indica uma boa cobertura, de acordo com o Pacto pela Saúde¹⁰, que propõe o indicador. Sabemos que as porcentagens nos informam valores absolutos e não relativos, e neste caso pouco consideram as desigualdades regionais. Assim, não revelam como está o acesso da população a estes serviços, bem como a qualidade de sua assistência e, ainda, como os estados e a União têm colaborado no suporte de financiamento e apoio técnico à grande maioria de CAPS do país: os CAPS I. Como pudemos perceber ao longo desta breve análise, a temática é encantadoramente ampla e excede os objetivos desta dissertação de Mestrado, que visa tratar da experiência local e a complexidade que esta pode apresentar como paradigma do campo problemático, a partir do meu lugar de fala, enquanto trabalhadora, pesquisadora e militante.

Merhy (2004), a respeito do conhecer militante do sujeito implicado, nos ajuda a sustentar o argumento da pesquisa-militante, ao dizer, de cara, que “não há pesquisa desinteressada” e que a mesma “pode nos colocar em auto-análise enquanto sujeito social” (p. 1). Enquanto seres ideológicos, culturais, consideramos certas coisas na mesma medida em que desconsideramos outras. Fazemos opções. No meu caso, sou também sujeito implicado, trabalhadora do campo; pesquisadora e pesquisada. Sujeito militante que se pretende epistêmico. É preciso, então, expor as várias implicações em jogo, pois “não é possível pensar o sujeito em ação sem sua implicação” (MERHY, 2004, p. 4). O autor, em conversa com Lourau (1995) e Guattari (1992), entende a implicação como parte dos eixos de reflexão - ocupando, para Lourau, lugar central, bem como para Passos e Benevides (2000), com os quais também conversarei mais adiante. Sendo o sujeito sempre situado, importa analisar as implicações com as instituições em jogo na circunstância. Caso contrário - e beirando a minha sobreimplicação - estará tão implicado no processo que pesquisa que o sujeito, quando interroga, interrogará a si mesmo, à sua posição, apostando em certas direções e não em outras.

¹⁰ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS que desde 2006 pactua ações entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL/CNS, 2006).

Para o “conhecer militante” defendido pelo autor, é preciso apostar “em processos que gerem ruídos” no silêncio do sujeito pesquisador, “ruídos no seu agir cotidiano, colocando-o sob análise”. Produzindo estranhamentos a partir dos ruídos, das falhas “do mundo com sentido no instituído”, a pergunta deixa de ser “o que é?” para “o que pode ser?”. Debruça-se sobre o serviço de saúde como uma arena de (e em) disputas. Produção da informação como ferramenta analisadora. “Perceber os ruídos espontâneos e naturais de situações cotidianas singulares”, tendo o serviço como “arena institucional” (MERHY, 2004, p. 4). Sigo no desafio da construção epistêmica do trabalhador da saúde como sujeito cognoscente sobreposto por sua implicação. Atenta para a miopia do utilitarismo da caixa de ferramentas dos conceitos que me servirei, já que o autor nos alerta que “a perspectiva utilitária é inseparável do próprio projeto político que demarca o agir militante” (idem, p. 5).

Uma das coisas que temos entendido como importante lacuna dos operadores de cuidados em Saúde Mental é a intervenção com a cultura. Permanecemos, ainda que com todo esforço de alguns porém com toda dureza do cotidiano nos serviços, falando e agindo entre nós. Nas cidades pequenas temos mais nitidez desses buracos quando somos interpelados nas ruas, em supermercados, fora do horário de trabalho, num encontro fortuito entre transeuntes, sobre a necessidade de internação de um morador, que algumas vezes nem usuário do CAPS é. Seus anseios e aspirações para que resolvamos logo a vida de alguém que incomoda a ordem vigente é frustrado na sempre surpresa ao saberem que não contamos mais com o Hospital Psiquiátrico de referência da região. Na realidade, não contamos com este suporte praticamente desde a habilitação do CAPS no município e, ainda assim, o que parece ter sido feito “de uma hora pra outra” – o fechamento definitivo do manicômio por meio de imposição do Ministério Público durante a Pandemia – levou vinte anos para concluir o que a Lei 10.216 previa. Falhamos muito em não conseguir perfurar as paredes institucionais não só dos equipamentos como também de nossa bolha militante.

Acerca desta memória, vem também à tona o dia de emoção em lágrimas quase solitárias com a notícia do fechamento total e por fim do manicômio do Instituto Municipal Nise da Silveira (RJ), em 26/10/2021, com a alta da última pessoa ali institucionalizada. Conheci algumas importantes trabalhadoras que fizeram esse muro cair e cuidaram das vidas de seus últimos moradores. Uma grande amiga, ex-coordenadora do Núcleo de Reabilitação Psicossocial (NRIS) daquela instituição, o conheceu pessoalmente. Sabia sua história, tinha cara aquele corpo. No entanto, vi mais alegria em pessoas fora do campo, alguns colegas de trabalho de outro setor (talvez por exclusiva empatia) e amigas próximas que acompanham a

minha trajetória, que em meus parceiros de luta e atuação profissional na área. Que esse dado raso quer dizer? Pra mim, a notícia salvou uns dias anteriores e garantiria um pouco dos próximos, nessa tragédia social em que nos metemos. Porém, e talvez disso meus colegas já soubessem ou sentissem, a notícia teria pouca força pra jogar com todo o resto que nos assola. E também por estarem cansados de tanto tempo por isso esperado – não de braços cruzados, mas de mãos pés corpos mentes corações bastante entregues à causa por anos a fio.

E falando em Nise da Silveira e considerando seu árduo e decisivo papel na Reforma Psiquiátrica Brasileira, mesclamos esses fragmentos aquosos, vez por outra ardilosos, também com construções. Os Centros de Convivência e Cultura¹¹, previstos desde 2011 como componentes da RAPS pela Portaria 3088/2011, são equipamentos intersetoriais, públicos e acessíveis a toda população, sendo um importante espaço de sociabilidade e de intervenção e produção cultural, para usuários da RAPS em interação com demais habitantes da cidade. Todavia, há poucos dados divulgados acerca de sua distribuição e implantação pelo país, e contamos com pouquíssimas unidades registradas. Segundo o Painel Saúde Mental (DESINSTITUTE & WEBER, 2021), a última catalogação destes equipamentos feita pelo Ministério da Saúde em 2008 registrou apenas 51 CECO, concentrados apenas em 6 estados (Paraíba, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná). Os dados também nos mostram importante diferença na distribuição entre as regiões do país, estando a maioria concentrada no Sudeste.

Segundo Alvarez e Silva (2015), os CECO surgiram no final da década de 1980, em São Paulo, como parte informal da rede de Saúde Mental. Apesar de reconhecida quase inequivocamente sua importância nos espaços políticos e de controle social, há pouca literatura sobre o tema, que também coaduna com sua baixa incidência no país, bem como ausência de legislação para seu financiamento específico. Embora tenham havido – e hajam – movimentações sociais e pressão política para regulamentar em portaria específica o funcionamento, composição e financiamento dos Centros de Cultura e Convivência (aprovado como proposta da IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental, 2010), estes seguem sem lugar. Este fato faz coesão com aquilo que anteriormente chamei de lacunas em nossas práticas e importante falha na articulação com a cultura, que de fato possa cravar meios de porosidade com a cidade e suas multiplicidades.

¹¹ “(...) são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade” (BRASIL/MS, 2011).

Por sua vez, “o Centro de Convivência e Cultura pode promover a produção de outras subjetividades, diferentes das que estavam restritas ao circuito manicomial” (ALVAREZ & SILVA, 2015, p.11). Falhamos, sabemos. Mas também cabe a pergunta de a quem interessa que saúde mental e cultura não permaneçam de mãos dadas nessa longa jornada antimanicomial. As autoras nos ajudam a pensar a tensão entre as diferentes maneiras de promoção de contratualidade social com as precarizações do trabalho e dos serviços e a necessidade de sustentar o mínimo e manter-se em funcionamento, acirradas pelas escassas tratativas de proteção social. As ideias por elas apresentadas coadunam com estarmos em fase de amadurecimento de uma ainda jovem Reforma Psiquiátrica Antimanicomial já sob ameaça do pouco conquistado legalmente até aqui.

Embora os Centros de Convivência e Cultura sejam componentes da RAPS articulados à Atenção Básica a partir da Portaria do Ministério da Saúde 3088/2011, pouco se tem feito em termos de implementação, investimento ou ampliação destes importantes serviços intersetoriais. Parte disso deve-se ao fato de não haver regulamentação específica para seu financiamento, de repasse federal direto. Outra parte, porém, parece-me um bom retrato do modelo de atenção em Saúde Mental adotado não apenas institucionalmente, como também de opção de muitos gestores locais de desinvestimento e desimportância nesta forma de ofertar e entender a saúde ampliada, que é aquela integrada com a cultura, com as formas várias de viver e existir. Entendemos, então, como um dos pontos cruciais de defasagem e insucesso da RAPS, a fragilidade da intersetorialidade com redes de cultura, lazer e habitação, por exemplo.

Há pouca abrangência de mudanças de perspectivas se não se interfere diretamente na cultura local, na inserção das pessoas na comunidade, nos modos de vida da população, nos entraves e potências do território, nas dores e delícias de ser quem se é, de partilhar uma história em comum, de pisar aquele chão. Os Centros de Convivência (variam as formas como são chamados em cada local) propõem um espaço de alternativas de socialização com quaisquer pessoas, usuários ou não dos serviços de saúde. São pequenos recintos de interações e vivências culturais, não se restringindo à ocupação do equipamento, mas de inventar coletivamente formas de ocupar os demais ambientes culturais da cidade, produzindo importantes sentidos de autonomia e pertencimento a seus frequentadores.

LUTA ANTIMANICOMIAL COMO MOVIMENTO CONTÍNUO

A despeito da lei 10.216 ter sido promulgada apenas em 2001, ela foi elaborada, estudada, desejada e disputada por cerca de vinte anos anteriormente. É sabido que nosso modelo nacional de cuidados em saúde mental foi majoritariamente manicomial, de graves violações aos direitos humanos e com privação de liberdade, abuso de poder e tortura, dentre outros agravos em saúde que podemos dimensionar e tomar conhecimento – fora todo o restante não registrado e tornado público. Chamamos de Luta Antimanicomial o movimento de trabalhadores, usuários e familiares de pessoas com transtornos mentais e acometimentos psíquicos, gerador de diversas batalhas, discussões e mobilização social e política – no bojo da Reforma Sanitária – a fim de modificar a lógica psiquiátrica de atenção vigente até então. Foi e é um movimento social e institucional, necessário enquanto redefinidor de políticas públicas e de tornar visíveis as práticas manicomiais do cuidado em saúde mental. Entretanto, a Luta Antimanicomial é incessante, é movimento vivo que não se encerra nas conquistas legais nem nas mudanças institucionais.

Pensando a partir de meu tempo existencial, inserida desde então na redemocratização do país pós Ditadura Civil-Militar, no bojo da Constituição Federal de 1988 e consequente implementação do SUS, meu campo de análise é certamente privilegiado e, ao mesmo tempo, limitado historicamente. Apesar dos 20 anos de institucionalização da Lei 10.216 que dá lugar à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas pautada na afirmação da vida, do cuidado em liberdade e de base comunitária e territorial, dos direitos humanos e civis e pela autonomia do sujeito, temos históricos e longos anos de práticas manicomiais e carcerárias como tendência na assistência psiquiátrica. Ainda que advinda deste berço progressista, nunca pudemos ser inocentes e uma frase – não lembro por quem dita, tampouco importa – nunca parou de ressoar por aqui: manicômios ressurgem das cinzas!

Entendendo a PNSM como política de Estado e não de governo, vemos na prática o quanto a alteração governista do país efetiva ou atravanca uma política pública de direitos constitucionais garantidos. Neste sentido, o alcance ao poder do governo federal por forças progressistas fez valer um processo anteriormente iniciado, criando condições de realização. No entanto, precisamos reforçar algumas garantias legais para sua perpetuação, sem alterações estruturais que inflijam em seu retrocesso. Ao contrário, ainda temos muito a avançar na corrida antimanicomial, sobretudo em seus pontos mais frágeis e algo intocados, como aquele referente à falta de conhecimento sobre a população internada hoje nos hospícios.

A realização de um censo de hospitais psiquiátricos: não há qualquer documento nacional que trace ou analise o perfil das pessoas internadas em leitos de psiquiatria no Brasil. A ausência de um censo sobre o perfil dessa população oculta do

conhecimento público quem são e quais são as necessidades e razões pelas quais essas pessoas estão privadas de liberdade nessas instituições psiquiátricas. Por consequência, a falta desse mapeamento obstrui a construção de processos de desinstitucionalização dessa população, para mantê-las por parte da vida (se não a vida toda) trancadas em hospitais psiquiátricos – o que contraria, centralmente, a Lei 10.216/01, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (DESTITUTE & WEBER, 2021, p. 74).

Onocko-Campos (2019) nos traz reflexões acerca do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, nos últimos trinta anos, bastante compatíveis com o que identificamos na literatura e propomos neste trabalho. A autora vai questionar, a partir de uma revisão bibliográfica do período referenciado, alguns pilares comumente repetidos como principais impulsionadores da Reforma que não necessariamente verificamos na realidade múltipla do país. Nesse sentido, os movimentos dos trabalhadores, usuários e familiares pró reforma e os movimentos sociais antimanicomiais, por vezes e ainda, passam na paralela de uma modificação na cultura do país.

Desde a inauguração do primeiro CAPS, em 1987, até 2018 houve uma curva ascendente na quantidade em números absolutos de CAPS no país. Todavia, segundo dados do Ministério da Saúde (OLIVEIRA CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020), de 2016 pra cá vê-se uma queda significativa no aumento de novos serviços implantados, numa quase estagnação dos últimos anos, principalmente em 2018. Sabemos que a PNSM não atingiu a cobertura ideal e necessária para a efetivação da Reforma Psiquiátrica de forma equânime em todo o país, necessitando para isso, além da abertura e manutenção de serviços da RAPS, também da cobertura da ESF no território, de forma a garantir um cuidado integral e longitudinal. Também são necessários investimentos na formação continuada das equipes e uma atenção, de fato, dos estados para seus municípios interiores com apoio institucional presente para que suas redes sejam não só mapeadas como conhecidas, estudadas e amparadas.

Apesar da ausência de dados públicos sobre a rede de Saúde Mental, a partir de 2015 por parte do Ministério da Saúde, contrariando a lei de transparência da informação, até este ano víamos e vivíamos avanços nos equipamentos e programas articulados à RAPS. Malgrado o constante subfinanciamento do SUS, quiçá desde sua implementação, progredíamos na articulação das equipes com a rede de atenção básica e de urgências e emergências, a atenção à crise no território e o prosseguimento quase infindo do processo de desinstitucionalização. Os marcos legais – bem como os ilegais e anti-democráticos – vêm na linha dura a partir de 2017 concretizando institucionalmente um inédito retrocesso na Reforma Psiquiátrica e no SUS como um todo, sentido também nas políticas intersetoriais que garantiam uma cidadania de direito a nós trabalhadores a aos usuários que assistimos.

Tais desafios macropolíticos interferem diretamente nas nossas práticas clínicas, gestoras e assistenciais na tomada de decisão sobre o cuidado ofertado e sobre a organização de nossos processos de trabalho. Lutando para não sermos soterrados, segurando quase que com o corpo inteiro a engrenagem da marcha ré conservadora acionada nos últimos cinco anos, sobra-nos pouco campo de ação para tocar o que acreditamos ou que deveríamos. Cansados de tantos tensionamentos sofridos no campo da Saúde Mental como trabalhadores, mal conseguimos refletir nossas práticas e voltar atenção para alguns buracos (agora quase crateras) que sempre nos fizeram tropeçar. Por exemplo, a importante separação social que nos distingue e aparta de nossos usuários, decorrente da histórica desigualdade econômico-racial-cultural brasileira, desde os tempos coloniais. Isso nos dificulta a pensar junto a famigerada mas escanteada participação social¹², inclusive como práticas rotineiras também dentro dos serviços.

Martins et al (2017) contribuem com uma dimensão central para a discussão que perpassa nosso problema de pesquisa: o social como lócus de intervenção talvez mais urgente e desafiador que o próprio campo sanitário, como já nos trazia Basaglia. Almeja-se que a loucura não apenas caiba na cidade ou seja por ela reabilitada ou nela inserida, arriscando reproduzir adequações ortopédicas e exclusões capitalísticas. Assim, entendemos que a experiência da e com a loucura seja transformadora do modo de sociabilidade vigente, operadora de formas menos segregativas e mais pluralizadas,

numa sinalização de que a ruptura com a loucura manicomializada precisa ser vivida constantemente. Transformar as relações com a loucura também é violar a cidade do capital: uma cidade onde a dominação de classe também ganha materialidade, devendo passar por ela – ou seja, pela cidade – os enfrentamentos dessa dominação (MARTINS, COELHO, PEREIRA & PASSOS, 2017, p.227).

É bastante curioso, além de doloroso, que toda a violência à qual fizemos a sociedade passar com a (tentativa de) recolocação da loucura na cidade (BASAGLIA, 1979) há mais de 30 anos, desde o processo inicial de Reforma Psiquiátrica pela movimentação social dos atores envolvidos, permaneça ainda causando surpresa, desconforto, medo e repulsa entre os cidadãos nos dias atuais. Lembro-me de uma usuária do CAPS, que nos acompanhou na Conferência Municipal de Saúde Mental de 2022 e foi a representante dos usuários na mesa de abertura em um evento que realizamos no mesmo ano, dizer para o público que o CAPS a ajudava a lidar com a sociedade. Achei aquilo tão significativo e emblemático, por justamente inverter o

¹² “Embora o termo *controle social* seja o mais utilizado, consideramos que se trata de um reducionismo, uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela Constituição Federal, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Esta também se manifesta através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões, orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas que atendam interesses públicos legítimos” (CONASEMS, 2009).

paradigma ao qual estamos mais acostumados. Não se trata de “preparar” o sujeito para se “adequar” à sociedade, mas de ajudá-lo a lidar com todas as atrocidades que a sociedade adoecida lhes impõe. Em sua perspectiva, seria a sociedade que precisaria de tratamento.

As autoras acima citadas nos ajudam a pensar o lugar da luta antimanicomial, enquanto proponente de violação de um *status quo* socialmente aceito para uma certa maioria, mantendo seus privilégios de poder e controle, como movimento constante de tensões. Localiza-se, então, na cidade, no *socius*, na ocupação e redivisão do espaço social e seus lugares de inclusão e exclusão o cerne da disputa por uma sociedade sem manicômios. Em assim sendo, nossa função – ainda que por muitos setores institucionais e sociais desejada e demandada – não será de apaziguamento de conflitos ou de medicalização de comportamentos desviantes para sua melhor aceitação, mas de afirmação da vida na sustentação comum das várias formas de existir e seus sofrimentos adjacentes (sem jamais negá-los – tarefa base de nosso cuidado).

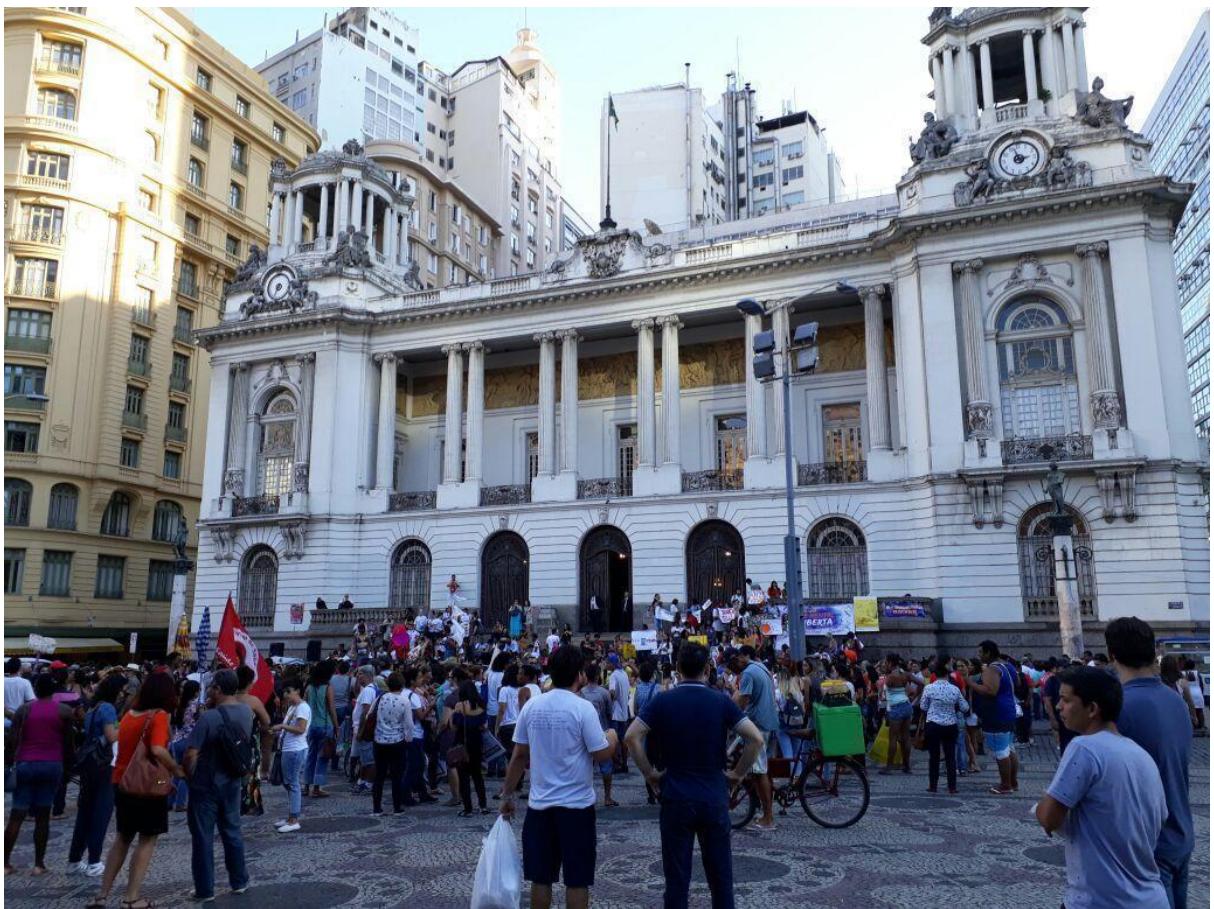
Logo no primeiro ano em que cheguei no CAPS, tive a coragem – mais comum por aqui naqueles tempos idos – de convidar, propor (e até convencer) à equipe e aos usuários para irmos, pela primeira vez, ao ato do Dia da Luta Antimanicomial na grande capital carioca. Foi em seguida à minha descoberta quase estupefata de que aquele dia era “apenas” intra-celebrado, com almoços dentro do serviço entre usuários e a equipe do dia. A coordenação da época, a princípio, recusou a ideia com diversos, particulares e algo insustentáveis argumentos contrários, numa preocupação bastante tutelar com a ida dos usuários, seus horários de alimentação e tomada de medicação, volta para casa, e demais falácia supostas, sem reflexão ou consulta aos próprios usuários. Foi quando propus, junto a um colega parceiro – fundamental para sustentar minha força inicialmente – de fazermos uma assembleia com a equipe e os usuários e decidirmos conjuntamente.

Mal sabia eu que também precisaria explicar um pouco a história do dia 18 de Maio, tão pouco relevada por ali. Qual não foi nossa surpresa quando parte das pessoas se interessou em ir e começamos a organizar nossa expedição. Decidimos também coletivamente que, no dia, outra parte da equipe ficaria na cidade com os usuários que não quiseram ou não puderam ir. Mas dessa vez não almoçariam no CAPS, sairiam às ruas, colocando um pouquinho de si e do serviço para a comunidade, com panfletos, docinhos (feitos na oficina terapêutica, que costumávamos vender pela cidade) e caminhadas de ocupação da cidade. O almoço, para nossa alegria, foi no restaurante que fornecia as quentinhos para o CAPS, junto com qualquer outro cliente que ali desejasse comer. Sei que para muitos pode parecer pouco esses elementos a que escolhi dar destaque, mas sei também o quanto movimentadores foram esses episódios.

Eu e meus colegas que toparam a aventura seguimos para a capital, com os poucos usuários que sustentaram a ida, num deslumbramento com cada novidade vista no caminho. Foi um dia realmente marcante, acredito que para todos ali. Lembro do encantamento de um deles com o Teatro Municipal, com a arquitetura da Câmara dos Vereadores, com o tamanho das ruas, a alegria de andar em marcha com tantos companheiros e gritar palavras de ordem, cantar, dançar, sorrir em comunhão num dia de liberdade coletiva. No ano seguinte, eu estava em férias durante o mês de maio e não sei o que (ou se) foi feito no dia 18. Nos próximos dois anos, infelizmente, enfrentamos uma pandemia em isolamento social. Já em 2022, não só reocupamos as ruas como também demos início institucional a uma campanha contra os estigmas sociais sofridos pelos usuários da RAPS, convidando os demais equipamentos e sociedade civil, excerto que será abordado mais adiante.

O lugar confiado à loucura nesta sociabilidade está diretamente relacionado à impossibilidade da sua incorporação, visto que uma de suas características mais marcantes (e determinantes para esta inserção pela psiquiatria na condição de saber ideológico) é justamente a ruptura com a possibilidade de inclusão dos loucos na esfera produtiva. É nesse sentido que “tornar-se doente mental”, para Basaglia, está diretamente relacionado ao poder econômico, social e contratual e à perda desse poder. Para ele, a violência do manicômio nada mais é do que uma das expressões das contradições de nossa sociedade em toda sua violência. A liberdade daquele considerado “doente mental” exige, portanto, a superação do capitalismo (MARTINS, COELHO, PEREIRA & PASSOS, 2017, p.232).

A ocupação das ruas parece, então, um cenário mais proeminente e urgente de ajudar as pessoas a lidarem com a diferença, com aquilo que lhes causa estranheza. É uma possibilidade de sairmos de nossos muros institucionais, pararmos de falar apenas com nós mesmos, com os “nossos usuários”, com as nossas instituições. É preciso também essa disponibilidade, ainda mais pungente, num cenário de retrocessos tamanhos no estado de direito nacional quando temos uma figura na presidência que conclama diretrizes retrógradas à Reforma Psiquiátrica e faz renascer um discurso institucional da renormalização do manicômio, seja fora ou dentro das paredes dos hospitais psiquiátricos.



CAPÍTULO II - COMO CRIAR (PARA SI?) UM CAPS SEM ÓRGÃOS?

*Quando tiverem conseguido um corpo sem órgãos,
então o terão libertado dos seus automatismos
e devolvido sua verdadeira liberdade.*

Antonin Artaud

Volta e meia retoma a atenção a se este é um texto que se encaixa nos parâmetros teórico-práticos que me norteiam e a que me proponho. Difícilmente sabê-lo *a priori* ou no durante. No entanto, também me ocorrem momentos em que o silêncio fala mais, escapa mais, por menos ruídos. Vacúolos de silêncio para escapar ao controle, como nos orienta Deleuze, já tão distante e ao mesmo tempo de alguma forma sempre presente na atualidade. O silêncio como importância clínica, analítica, sem precipitar encerramento ou resultados. Salva também o processo da escrita, para que não gere anseios resolutivos e conclusivos. É uma escrita perene, de passagem, um mapeamento de cenários que se sobrepõem e constituem imagens, territórios, mapas entre mapas. Uma escrita em devir, singular, que não se propõe a generalização ou eternidade. Tampouco soberana em seu suposto saber, ao contrário. Parte da idéia de um saber horizontal (que se pretende transversalizar?), cotidiano, saber da experiência, sempre circunscrita, sempre minoritária por não se pretender modelo.

Deleuze, em entrevista a Toni Negri, nos alerta para a passagem das sociedades disciplinares para as sociedades de controle, mais dissolvido num contínuo comunicacional e instantâneo, muitas vezes imperceptível. E dá também pistas de interruptores, de propagação de devires que escapem, também imperceptivelmente, às lógicas de controle. O filósofo nos agracia com alguns conceitos complexos, que nos autorizamos à certa antropofagia, donde “(...) uma sociedade nos parece definir-se menos por suas contradições que por suas linhas de fuga, ela foge por todos os lados, e é muito interessante tentar acompanhar em tal ou qual momento as linhas de fuga que se delineiam” (DELEUZE, 2000, p. 2). É trabalho contínuo e desafiador estar atento aos desvios, às experiências-furo que trazem outros tons a cotidianos maciços, mas que tanto nos vitalizam. Parte deste trabalho dedica-se também a essa coloração, às narrativas diversas que compõem a cara de um serviço, sendo-lhe ora chão, ora céu, ora liga entre estes campos.

METODOLOGIAS

Nós falamos em línguas, como os proscritos e os loucos.

Glória Anzaldúa

Seguindo as pistas do método cartográfico (PASSOS & BARROS, 2010), entende-se a inseparabilidade entre produção de conhecimento, sujeito e objeto. Assim, o corpo de trabalhadora e pesquisadora provoca modulações no campo e na pesquisa, em co-emergência, implicando ser toda pesquisa uma pesquisa-intervenção.

Cartografia é um método ético-estético-político que responde a um problema metodológico de pesquisar a experiência. Propõe-se a acompanhar processos de passagem, reconhecer a singularidade dos fenômenos observados e acompanhados. Por este modo encarnado, não há pretensão de generalização ou formulação de verdades absolutas. A pesquisa não é um processo de solução de problemas, mas envolve sempre um redesenho do campo problemático. Assim, a análise de dados não é uma etapa, mas um *ethos* presente em todo decorrer da pesquisa (PASSOS; KASTRUP & ESCÓCIA, 2010).

Partindo do pressuposto de que toda pesquisa é situada, nos interessamos por pesquisar a construção de relações localizadas no tempo e no espaço, as maneiras de ocupá-lo, incluindo-me no campo. O mapeamento é cartográfico, porque modulável. Mapeia-se produzindo o espaço enquanto fluxo e local da crítica. Assim, a pesquisa é necessariamente implicada com o contexto, não havendo categorias de análise *a priori*. Mapear onde se está, construindo e reconhecendo uma base física comum, entre pesquisador e campo. Deslocar-se entre territórios, capturando e simbolizando os encontros, numa perspectiva necessariamente transdisciplinar. Desenhar o que há de único em cada situação, notando o que há de permanente e o que há de transitório nas relações de força em jogo.

Cartografar é produzir conhecimento nos processos de produção da subjetividade. Traçar as linhas de força que evocam as relações de poder e emancipação, em vozes antes silenciadas. Abrir rupturas em ambientes mórbidos, pela função estética advinda da criação. Numa pesquisa em saúde e políticas públicas, há necessariamente uma interface entre clínica e política, entre gestão e atenção. Como pensar objeto de pesquisa que contenha estabilidade/duração em um mundo de puro fluxo de intensidades, acontecimentos e transformações? A pandemia, então, atravessa meu “objeto de estudo” e campo de trabalho, subvertendo diversas normalizações.

A escolha metodológica de colisão entre o campo de trabalho e o campo de pesquisa vem da experiência de ser afetada como força motriz para o agir em saúde, bem como para a

produção de uma escrita encarnada e, mais ainda, para engravidar de sentidos a frieza e neutralidade acadêmicas. Desde minha graduação, pude desconstruir as limitações do paradigma moderno de ciência, bem como a separação entre sujeito e objeto. A estrada militante e coletiva fez solidificar as bases de necessário entrecruzamento entre nossas práticas de agir no mundo e nosso posicionamento ético-político. Assim, a necessidade de criar corpo-espacotempo para esta pesquisa-in(ter)venção vem justamente da afetação sentida no cotidiano do trabalho, fazendo valer isso que podemos chamar de afetos como aposta clínica e direção metodológica. Ouso apropriar-me, como apoio e inspiração, do conceito de ser afetado, de Jeanne Favret-Saada (2005), guardadas as proporções e o linguajar etnográfico, donde

o próprio fato de que aceito ocupar esse lugar e ser afetada por ele abre uma comunicação específica com os nativos: uma comunicação sempre involuntária e desprovida de intencionalidade, e que pode ser verbal ou não. (...) Eu, ao contrário, escolhi conceder estatuto epistemológico a essas situações de comunicação involuntária e não intencional: é voltando sucessivamente a elas que constituo minha etnografia (FAVRET-SAADA, p. 159-160, 2005).

Através da construção de uma política de narratividade, entende-se ser sempre uma forma de narrar como apresentamos os “dados coletados”, seja de quais procedimentos forem. O pessoal é político. É uma manifestação daquilo que acontece na *polis*. “Extração de experiências minoritárias” daquilo que aparecia compacto (PASSOS; KASTRUP & ESCÓCIA, 2010, p. 164). Mexer na arquitetura de saber-poder pela dimensão expressiva do caso.

Tomo a escrita como ato clínico, apostando neste trabalho como recriador da ocupação do meu corpo neste espaço. Percepções já notadas durante a tecitura do projeto de pesquisa, pela sutil modulação de recolocar as coisas em análise, produzindo um delicado reencantamento pelo campo de trabalho. O mestrado entrou como suporte clínico-político para a pesquisadora-trabalhadora que aqui se coloca, percebendo ser também produtora e produto dessas novas cronicidades. A clínica à qual me refiro aqui dá-se também por me colocar em análise, incluída no processo ao qual elejo me debruçar: relações de trabalho, relações de cuidado, espaço de formação e deformação de vidas. É pela percepção da preciosa e perigosa posição de saber-poder que retomo ao estudo e à possibilidade de fazer dobra.

Entretanto, nomear uma pesquisa como cartográfica é sempre desafiador, por estar atenta ao rigor que isso significa, não sendo uma perspectiva subjetiva e pessoal, como aos leigos pode parecer. Passos e Kastrup (2013), em suas várias pistas sobre este método, nos trazem indicadores¹³ de validação, interna e externa, que nos ajudam a avaliar o texto, o processo de pesquisar e a atitude narrativa de produzi-lo. Não interessados em resultados, mas

¹³ Os autores elencam três principais indicadores, a saber: “o acesso à experiência, a consistência e a produção de efeitos” (PASSOS & KASTRUP, 2013, p. 400).

em apresentar análises inconclusivas durante todo o percurso da pesquisa e, consequentemente, textual, importa perceber justamente se o caráter processual da pesquisa ficou notável, bem como se as análises e efeitos puderam ser expostos.

Os autores destacam o fundamento do acesso à experiência como um dos indicadores de validação, sendo importante categoria desta pesquisa. Assim, entendendo o encarnar da experiência, pode-se falar de dentro desta e não por uma posição distanciada que pretende falar da experiência. Desta feita, a pesquisa cartográfica se opõe aos métodos que pretendem representar a realidade. Entendemos, por nossa parte, que a realidade não é representável, o conhecimento é inventado e a pesquisa será sempre intervenciva. Não há verificabilidade de dados irrefutáveis, tampouco expectativa de gerá-los. Os autores são cirúrgicos ao indagarem:

Como atestar a validade de pesquisas que visam a acompanhar processos, mais do que a descrever estados de coisas; que investigam produção de subjetividades e processos de individuação que nunca se concluem nos limites estritos das formas individuadas; que objetivam mapear o coletivo de forças que está na gênese das formas dos fenômenos estudados; que conhecem porque interferem e transformam a realidade? (PASSOS & KASTRUP, 2013, p. 392).

Ao mesmo tempo, se desdobram largamente em trazer pontos relevantes que qualifiquem com rigor este pesquisar, bem como gerem possibilidades de validação do método cartográfico. Para tanto, é necessário ter em vista a avaliação durante todas as etapas da pesquisa e de seu processo, desde a elaboração do problema, a produção discursiva e a presença de elementos não discursivos. A pesquisa deve ser interessada, considerando também que este fator favorecerá a produção de interesse gerado, tanto nos participantes quanto em seus leitores, numa perspectiva já dissecada de pesquisa não neutra. Algo que nos orienta neste percurso é observar se, para além das formas constituídas e facilmente percebidas, está incluso no campo problemático as forças coletivas que as constituem. Ou seja, para além de definições superficiais, conseguir entender e colocar em análise os vetores de forças em jogo que conformam os problemas, numa complexificação das questões pautadas que também facilita a compreensão e pensamento de por que, como, para que as formas se deram e se dão.

Assim, reavaliar o problema inicialmente colocado e percebê-lo do ponto de vista de sua duração, a partir de todos os elementos já elencados, ajuda a considerar sua pertinência ao longo da pesquisa, que será atravessada por diversos analisadores, causando modulações fundamentais ao processo. O trabalho do cartógrafo será também permear-se por esses atravessamentos, catalogando-os e deixando dar o tom das novas direções a serem trilhadas, visto serem parte do caminho. Nas palavras dos autores, este é o que enunciamos anteriormente como “um hodos-meta, isto é, o método da cartografia dá primado ao caminho da investigação,

ao seu processo, e não às metas preestabelecidas a serem alcançadas” (PASSOS & KASTRUP, 2013, p. 395).

Por este viés, haverá sempre um redesenho do campo problemático, com importante explanação dos acontecimentos contribuintes para tal. No caso desta pesquisa, desde o início se deixou abalar pelo inevitável da Pandemia, que foi tomada não só como atravessador mas como parte constituinte de todo o processo em jogo, por suas características avassaladoras mundialmente, bem como no plano local e de impactos singulares. Um outro traço deixado pelo caminho foi o desejo de utilizar a ferramenta da GAM - Gestão Autônoma da Medicação como proposta de intervenção, entendendo não haver tempo hábil, também em decorrência dos efeitos de isolamento social e alterações cotidianas do serviço durante a primeira fase da Pandemia. A minha gestação também foi um interlocutor que recolocou a pesquisadora em campo e no mundo, modulando suas forças, afetos, capacidades e presença - inclusive física, pela possibilidade do trabalho remoto no primeiro trimestre gestacional. Considerar as interseccionalidades presentes nas forças moventes do campo sempre foi objetivo da pesquisa, porém ganhando pouco espaço-intervenção enquanto ótica analítica de todo processo, por falta de habilidade e limitações tempo-espaciais, lamentavelmente.

Por tomar o ato da pesquisa sempre como implicação, entende-se também que a produção de conhecimento faz produzir realidade, por isso o conhecimento como invenção, como produção de mundo e consequente intervenção na sociedade. Os autores preferem o termo “colheita” no lugar de “coleta” de dados, por tomá-la mais como produção do que como representação da realidade. “Colhe-se dados porque se cultiva a realidade no ato de conhecê-la” (PASSOS & KASTRUP, 2013, p. 396). Nesse sentido, apostava-se neste trabalho como potencial disparador de novas questões e abalos (ainda que não sísmicos!) tanto para o campo local quanto para a macropolítica da Saúde Mental.

Utilizamos da perspectiva transversal por entendê-la como importante saída às dicotomias já conhecidas das forças que operam na horizontalidade (no campo da saúde facilmente verificadas nos corporativismos entre categorias, por exemplo) e na verticalidade (mais genericamente percebidas nas hierarquias e relações de poder que se fazem presentes nos diversos campos). No deslocamento destes eixos, inclui-se a própria instituição em questão no campo de análise, com seus furos, percalços, vetores, dispositivos e potenciais. Assim, “a análise opera pela ampliação dos determinantes, pela sua multiplicação em uma rede heterogênea de sentidos concorrentes e que compõem o campo de forças na base da experiência investigada” (PASSOS & KASTRUP, 2013, p. 398).

Entendemos também que, assim como clinicar, pesquisar é arriscar-se. Aventura-se num mergulho em um campo problemático que sofre constantes modulações, necessitando, a cada momento, de novos conceitos-ferramenta e criações que dêem conta das infinidades encontradas. Por isso, lançar mão de inventividades e incongruências é parte de um pesquisar encarnado que se deixa afetar e ser afetado. Trazer excertos de diários de campo, bem como narrativas cotidianas ilustrativas e, ao mesmo tempo, impessoais, me foram ferramentas bastante profícias na caracterização cartográfica de um texto polifônico. No que se deseja fazer aparecer vozes diversas componentes de uma mesma sinfonia, para escapar da auto-referência unívoca pesquisador-centrado. Assim, pela política da narratividade proposta neste método, tendo em vista pesquisas de processos de produção de subjetividades, entende-se a forma de narrar como atitude metodológica da escolha dos fatos colhidos.

De acordo com Passos e Kastrup (2013), “A narrativa do caso é, nesse sentido, a expressão de um devir ou o processo de produção do fenômeno” (p. 399). Assim, também, importa deixar claro o processo não só de sucesso do pesquisar, mas poder deixar linhas em aberto para continuidade da pesquisa, seja por mim ou por outros que se interessarem pelos problemas levantados. A apresentação dos dados, análises e conclusões se dá, então, numa atitude narrativa; evidenciando o caráter processual da investigação, suas ambiguidades, polifonias e o plano rizomático e coletivo de forças que compõem o campo.

A análise, presente então em todas as etapas da pesquisa, dá-se não só na colheita dos dados, mas também sobre a própria pesquisa, reformulando os problemas e o campo, bem como os pressupostos que tendem a nos acompanhar. Assim, não se esgota em confirmar ou refutar formulações iniciais, mas intenta produzir abertura de possíveis, cartografando as diversas linhas que vão construindo nossos mapas de sentidos. Dessa forma, a escolha metodológica compõe também com uma escolha ética, de nos colocar em análise. Portanto, “O conceito de política cognitiva indica que o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, uma atitude, um ethos” (PASSOS & KASTRUP, 2013, p. 401). Na afirmação deste modo de pesquisar, acolhe-se toda a imprevisibilidade advinda, sem ignorá-la ou rechaçá-la. Ao contrário, é bem vinda e parte fundamental da experimentação.

O CAPS em questão - que vem a ser objeto-mapa desta cartografia - localiza-se num município de pequeno porte, da região Centro-Sul Fluminense, emancipado em 1987. Abrange uma população estimada em 2020 de 27.858 habitantes, distando 120 quilômetros da capital carioca. Localiza-se numa cidade rural, de maioria dos municípios vivendo da terra e produção agrícola. O município possui quase 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, conta

com duas policlínicas (que contém dois ambulatórios de Psicologia e um de Psiquiatria), um CAPS I, uma Residência Terapêutica e co-financia o Hospital Geral do município vizinho (a 7 quilômetros de distância), onde partilhamos os leitos de saúde mental em enfermaria geral.

Inicialmente localizado em um bairro mais afastado, de características mais marcadamente rurais, nossa sede era em um sítio, com piscina, churrasqueira, campo de futebol, horta e muito espaço ao ar livre, rodeado de verde, céu e chão. Fazíamos caminhadas diárias com os usuários, com a paisagem de calmaria nos sendo um bom aliado clínico e de horizontes mais abertos. Todavia, alguns anos e embates depois, nos mudamos para uma casa no centro da cidade, pela maioria entender ser mais importante facilitar o acesso da população. Apesar de ter sido contrária à decisão, reconheci grandes ganhos que passaríamos a ter, como a maior mistura com a cidade, facilitando sua ocupação, com vistas a maior contratualidade social. Também estaríamos mais próximos às outras unidades de saúde, bem como aos equipamentos intersetoriais, promovendo mais facilmente uma circulação de pessoas e idéias, frente ao nosso maior isolamento anterior.

Por fim, trago ainda como pano de fundo de nosso cenário uma cultura provinciana de cunho moralista, bastante religiosa e por vezes intolerante, visível nas relações de julgamento alheio (tanto de profissionais da rede, como de usuários e familiares) baseadas “no que se vê por aí”, relações de vizinhança, de disse-me-disse, de ouvir histórias de amigos, de conhecer a pessoa da infância, entre outros. Formulam-se pareceres sobre o outro absolutamente sob égides não-clínicas, tamanha a convicção que enclausura o sujeito em um simples objeto de juízo, impossibilitado de diferenciar-se daquilo que se o arbitrou. Como produzir, reconhecer e afirmar diferença sem abrir porosidade na dureza do próprio pensamento?

Tendo em vista uma lógica “capscêntrica” (abordada ao longo deste trabalho), os diversos tensionamentos da rede, uma permanente dificuldade em tecer acordos, bem como os desafios constantes com a Atenção Básica e Hospitalar, aflora-se a sensação de exaustão pelo peso nas costas dos trabalhadores em efetivar a Reforma Psiquiátrica quase sozinhos, sem apoio das gestões tanto a nível local quanto central. O campo da Saúde Mental no Brasil é ainda muito associado à militância dos trabalhadores, sendo isso bastante perverso e frágil enquanto execução e garantia de uma política pública, bem como para sustentação da lógica antimanicomial. Tomando a importância de publicizar práticas de exercício do cuidado - com uma gama de implicações e interferências que lhe são intrínsecas - em um CAPS I de um município de pequeno porte do interior - como a maioria no país - essa cartografia se justifica e intenta articular a dialética conceitual-cotidiana, a partir da discussão de conceitos chave do

campo da atenção psicossocial, como cuidado, território e rede numa interlocução com perspectivas decoloniais, de ótica interseccional, dialogando diretamente com o campo. Na realidade, e conforme exposto acima, o campo fez advir os conceitos necessários à discussão, conforme veremos mais aprofundado no capítulo seguinte.

INTERSECCIONALIZANDO ÓTICAS

*Quero falar de uma coisa
Adivinha onde ela anda
Deve estar dentro do peito
Ou caminha pelo ar
Pode estar aqui do lado
Bem mais perto que pensamos
(...)*
*Já podaram seus momentos
Desviaram seu destino
Seu sorriso de menino
Quantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança
Nova aurora a cada dia
E há que se cuidar do broto
Pra que a vida nos dê
Flor; flor e fruto*

Milton Nascimento

Entendo a interseccionalidade como ferramenta analítica, atenta para seus efeitos de complexidade para a pesquisa e abordagens temáticas. Na Saúde Mental, somos majoritariamente mulheres cuidando majoritariamente de homens. Resta sempre a sensação de que até cuidar de si é um privilégio masculino e que a função de cuidar é um atributo feminino. Como ocupar este lugar de trabalhadora do cuidado sem reforçar este estereótipo? Como conseguimos cuidar de mulheres? E, principalmente, de mulheres negras que são tão subalternizadas quanto mais julgadas e terceirizadas, tão desconsideradas quanto mais operam a função de servir. De quem cuidamos e o que é cuidar da saúde mental de alguém e de uma população? Difícil estudar essas coisas e saber considerar as diversas facetas dos problemas sem me perder, embolar tudo e não analisar, de fato, as questões.

Lembro da fala de uma usuária do CAPS AD em que trabalhei, no grupo de mulheres que fazíamos, sobre a dificuldade maior de a mulher perceber que precisava se cuidar nas cenas de uso de drogas. Na percepção dela, o homem sairia para conseguir dinheiro, mas a mulher podia vender o próprio corpo, sem nem mesmo precisar sair da cena, só pelo esgotamento

corpóreo mesmo. Penso nas pessoas que atendi, de modo geral, ao longo desses mais de dez anos na Saúde Mental. Quem são, que marcadores sociais compunham suas existências, que sofrimentos apresentavam? O que fizemos com isso?

Entendemos que as relações de poder atravessam as identidades, moldando-as em suas várias marcações, culturalmente e estruturalmente. Considerar os marcadores sociais de raça, gênero, classe e sexualidade como importantes localizadores dos sujeitos é entender seus lugares sociais, suas histórias nem sempre escolhidas, as diferenças e aproximações que os constituem, numa perspectiva singular e coletiva. Ou seja, é compreender que somos constituídos por diferentes marcadores, que já nos impõem traços, limitações ou possibilidades, num plano comum e histórico de desigualdades, bem como que a interseccionalidade desses lugares sociais irá também fomentar subjetividades ímpares. Em acordo com Collins e Bilge (2021), “A interseção entre identidade e experiências é reflexo dos jogos de poder que acontecem nos domínios estruturais, culturais, disciplinares e interpessoais do poder, identidades que transparecem tanto nas interações sociais cotidianas como na imagem pública” (p. 30).

Assim, na contramão de homogeneizar os sujeitos e populações, a interseccionalidade nos ajuda a perceber como tais categorias vão posicionar diferentemente as pessoas no mundo, podendo beneficiar alguns - especialmente homens brancos, cisgênero e heterossexuais - e vulnerabilizar ainda mais a tantos outros, que não correspondem aos domínios eleitos de privilégios e passabilidade na economia global. As autoras apresentam a ideia de que o capital é interseccional, enraizado nas estruturas racializadas e engendradas de produção. Ou seja, a interseccionalidade é uma lente crítica, que favorece a leitura de um mundo que já intersecciona os corpos. A meritocracia, por exemplo, vem na direção oposta afirmar que todos somos iguais e temos as mesmas oportunidades, bastando a cada um de nós o esforço para galgar lugares desejados e superar adversidades, como sendo problemas de cunho individual.

Uma das fundamentais funções do Estado é atuar pelo bem estar social e a diminuição das desigualdades, com políticas públicas equitativas que diminuam o ônus capitalista baseado no lucro sobre exploração. O SUS surge justamente desse debate, com acesso universal e gratuito e tendo a equidade como princípio doutrinário, operando diretamente na justiça social. Por isso a pauta interseccional não desconfigura o tema dessa dissertação, pelo contrário, reafirma nosso mandato social, localizando quem somos e quem atendemos. Por vivermos em um país onde o racismo é velado, pela construção do mito da igualdade racial, assumimos a

“identidade brasileira”¹⁴ como sendo sobreposta às demais categorias múltiplas que diferenciam nossas existências. Situar a população majoritariamente usuária do SUS, entendendo suas complexidades e especificidades é atuar para melhoria das ofertas em saúde, seja pela eficácia, pelo acolhimento, pela geração de dados epidemiológicos, ou mesmo pela resolutividade de nossas práticas. Nesse sentido, por exemplo, formular políticas específicas para grupos populacionais específicos, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007) é responder ao reconhecimento de corpos marcados coletivamente por “experiências comuns de dominação, exploração e marginalização” (COLLINS & BILGE, 2021, p. 44) e também por potências, que incidirão diretamente no processo saúde-doença.

Tomar a interseccionalidade como ferramenta analítica é complexo justamente por sua característica multifacetada. Não a abordaremos nessa profundidade por não ser o foco da pesquisa, mas a intenção é trazê-la como dimensão posta na leitura de mundo que fazemos, considerando-a enquanto produtora de subjetividades e constituinte de corpos e suas diferentes posições e condições relacionais. Entendendo que esta perspectiva e a do SUS estão inseridas num contexto de reparação e justiça social, atentas “à interseção das relações de poder”, aproveito para trazer à tona tais relevos, recorrentes e de fácil verificação em nosso cotidiano. “Rejeitar essa falsa divisão entre academia e ativismo, ou o pensar e o fazer, sugere que a interseccionalidade como forma de investigação e práxis críticas pode ocorrer em qualquer lugar” (COLLINS & BILGE, 2021, p. 52).

Solemar foi encaminhada ao CAPS para acompanhamento (lê-se “recuperação”) devido a seu uso prejudicial de álcool e cocaína, principalmente. O tratamento era condicionante do Judiciário, vinculado desde o início à retomada da guarda de suas três filhas que estavam abrigadas naquele momento (enquanto ela estava grávida da quarta). Eu já a conhecia por um acolhimento anterior, que não a manteve em tratamento, visto não ser esse seu desejo à época. Depois disso, Solemar fez alguns atendimentos no CAPS, sem grande vinculação com o serviço. Quando é dado o último compulsório do tratamento para reaver a guarda de suas filhas, ela finalmente matriculou-se ao CAPS, ficando em acompanhamento sistemático comigo e participando de algumas oficinas de artesanato, aprendendo e se interessando em fazer fuxico, levando material para casa e produzindo. Já nas proximidades de seu parto, com o avanço da gestação, o peso da barriga, a dificuldade de locomoção e os riscos gestacionais, espaçamos um pouco os atendimentos para a frequência quinzenal. Ela teve seu parto num hospital universitário de uma cidade vizinha, que dista cerca de 1h e sua bebê precisou ficar internada por um pequeno período. A essa altura, as três filhas já estavam novamente com ela, morando todas juntas num apartamento “emprestado” pela Assistência Social. É notável neste e em muitos outros casos acompanhados pelo serviço de acolhimento infanto-juvenil e a

¹⁴ Segundo as autoras, “quem reivindicava uma identidade ‘negra’ parecia contradizer a identidade nacional da democracia racial e, portanto, arriscava-se a acusações de desonestidade e contestações de sua plena nacionalidade” (COLLINS & BILGE, 2021, p. 43).

interface com a Justiça, uma grande tutela e vigilância da vida das pessoas - majoritariamente mulheres mães, que aparecem como únicas responsáveis e culpabilizadas pela guarda (ou não) das crianças. Em seu puerpério, já assoberbado como qualquer outro e mais ainda pelo acompanhamento diário ao hospital da outra cidade para visitar sua filha, optei por atendê-la em visitas domiciliares, para não lhe gerar mais sobrecarga no excesso de funções e compromissos. A equipe da Assistência já ia quase diariamente em sua casa e eu sentia, através da sensibilidade em percebê-la, como nossas incursões em seu domicílio - foro íntimo e protegido - pareciam lhe soar (como a mim também o seria) como invasivos, excessivos e desnecessários. Ia reduzindo minhas visitas à medida que a notava bem, dando conta de sua nova bebê (depois que esta foi desospitalizada, indo para sua casa) e de suas outras três filhas, que demonstravam boa harmonia, afetividade e auxílio nas tarefas domésticas, dentro do possível de sua organização familiar. Por fim, Solemar já não fazia uso de drogas há tempos nem apresentava crises de angústia e ansiedade, que lhe geravam, por vezes, quadros de desorganização e retração social. Entendendo-a estável naquele momento e já bastante sobreassistida por tantas outras equipes (CRAS, CREAS, CT, SAI, etc.), deixei o CAPS à disposição para qualquer necessidade e me retirei um pouco de cena, confiando no vínculo que tínhamos construído e em sua possibilidade de buscar ajuda caso necessitasse.

Solemar é uma mulher pequena, magra, preta, pobre, mãe e usuária de álcool e outras drogas, com vida social ativa e de difícil aceite de parte importante da população e dos equipamentos públicos, guiados por uma ótica machista e racista que tanto julgam as mulheres quanto ignoram as responsabilidades dos homens ou a eles são facilmente coniventes. Todos esses aspectos que atravessam sua existência, marcam seu corpo e demarcam suas condições de acesso e passabilidade social, bem como suas condições relacionais, estão necessária e intimamente ligados à sua sintomatologia e à assistência tutelar estatal recebida. Pessoas como Solemar tem histórias repetidas e de mais difícil transformação. Ela também foi abrigada pelo Serviço de Acolhimento Infanto-Juvenil quando de sua infância e adolescência. Também foi vítima de diversas violências estruturais ao longo de sua vida, parecendo os equipamentos de proteção social não sabendo lidar de maneiras mais efetivas, cuidadosas e produtoras de autonomia, que não a violência da repetição.

Passado um tempo, a encontrei certa feita na UBS, com sua bebê e outra filha, nos cumprimentamos, ela parecia alegre e bem, ao mesmo tempo demonstrando sutil receio de “cair na rede” de novo e repetir todo o acompanhamento a que tanto já esteve submetida. Me limitei a ser breve, como em um encontro fortuito que foi, perguntando se estava tudo bem, lembrando que estava por ali e me despedindo. Após cerca de um ano de nosso último contato, seu nome é trazido junto ao de outras duas mulheres-mães-usuárias de drogas na reunião de equipe, como casos-problema levados pela Assistência em nossa reunião mensal intersetorial. Pontuei novamente todo o acompanhamento feito no caso, chamando a atenção, junto à equipe do CAPS, para como repetimos certas práticas e visões machistas, sem mesmo perceber. Aqueles três nomes vieram em comboio, como que chapados por marcadores sociais comuns, que favorecem a intervenção do Estado sobre seus corpos, ainda que não demandem. Conseguimos conversar e problematizar um pouco mais sobre este aspecto geral, sem cair na armadilha de uma resposta comum de acompanhamento/tutela pelo CAPS para todas. Pensamos melhor cada caso, traçando possíveis caminhos singulares, caso de fato necessitem.

Trabalhar nas interseções das relações de poder é compreender as histórias das pessoas também através de suas lutas e resistências frente à privação de direitos, localizando sujeitos singulares e coletivamente marcados por certas categorias relacionais. Rever o mundo e as interpretações que dele fazemos a partir de uma revisita às noções de trabalho, família e

reprodução, tendo como foco os marcadores de raça, gênero, classe e sexualidade como categorias de análise antes desconsideradas. Concluindo com as autoras: “A interseccionalidade não é simplesmente um método de fazer pesquisa, também é uma ferramenta de empoderamento das pessoas” (COLLINS & BILGE, 2021, p. 57).

Winnie Bueno faz uma importante leitura da obra de Patrícia Hill Collins, atualizando o pensamento feminista negro brasileiro, traduzindo o conceito de “imagens de controle” da professora norte-americana. Define-o como sendo “a dimensão ideológica do racismo e do sexism compreendidos de forma simultânea e interconectada” (BUENO, 2020, p. 73). As imagens de controle são produzidas pelo grupo dominante para justificar as opressões e injustiças sociais sobre o grupo dominado, como naturais ou inevitáveis. Elas se diferenciam do que costumamos tomar como representação ou estereótipo devido à dimensão de manipulação que são forjadas e por articularem diversos marcadores sociais de poder como raça, classe, gênero e sexualidade. Sua perpetuação, em geral também repetidas pelos grupos oprimidos, justifica a violência e vigilância sobre corpos vulnerabilizados, em geral racializados e de classes sociais mais baixas, impedidos de construir suas próprias narrativas de si. As autoras destacarão que os corpos de mulheres negras serão os mais fortemente atacados e destituídos socialmente, sobrepondo as violências de gênero e de raça consolidadas pelo patriarcado, colonialismo e racismo desde os tempos de escravização até os dias atuais.

Como exemplo ilustrativo e evidente, a construção da imagem da grande babá¹⁵ - preta, gorda e bondosa com os filhos dos brancos - remonta aos tempos de escravização em que algumas mulheres pretas ocupavam cargos de funções domésticas dentro das casas grandes, servindo a seus senhores brancos com zelo em suposta troca de pequenos benefícios ou escape à destruição/mortificação mais imediata. Séculos à frente, esses mesmos corpos ocupam as casas dos brancos, cuidando de suas famílias, em detrimento das próprias. Constitui-se uma imagem de controle de uma mulher assexuada, sem família, sem outras ocupações, carinhosas com as crianças brancas e negligentes com as suas - às quais acabarão transmitindo os mesmos valores em sua criação: de serem piedosos, solícitos e submissos às pessoas brancas. Nesta mesma construção, define-se a sexualidade, a subordinação, a corporeidade de mulheres negras, sempre em oposição binária daquilo que se espera das mulheres brancas.

Enquanto mantidas e vistas como o outro social, justifica-se toda iniquidade das violências raciais e sexistas a que estão submetidas mulheres negras. O que se propõe como

¹⁵ No texto original, Bueno mantém a imagem de “mammy” dos EUA, por entender que é a própria imagem de controle referente. Traduzi livremente para o contexto brasileiro, como ilustração visual que também temos fácil familiaridade em reconhecer e associar.

resistência a essas manipulações é a possibilidade da construção de narrativas próprias de suas vidas, de poderem falar por si e contarem suas histórias, num processo que perpassa uma autodefinição no plano individual e também coletivo. Afinal, de acordo com a autora: “o exercício da autodeterminação é restrinido para as mulheres negras. Sempre existe um outro sujeito, com maior autoridade, para falar sobre as experiências de mulheres negras no lugar delas próprias” (BUENO, 2020, p. 79). Uma outra associação nefasta e comumente constituída em imagem de controle é a da natureza em oposição à cultura, ou seja, a natureza como algo primitivo que se não for contido, dominado ou domesticado, destruirá a civilização. A autora entende que muitas vezes os corpos negros são associados à natureza, em oposição ao intelecto, numa destituição de suas capacidades humanas, em aproximação a comportamentos animalescos. Todas facetas de manutenção em mantê-los como o outro, o oposto.

Nesse sentido, a manutenção do pensamento binário que perpetua a construção de categorias sempre referentes apenas a seus opositos, é o que sustenta as imagens de controle. Trazendo para nosso campo problemático, o normal e o patológico se reafirmam, à medida em que um se constitui naquilo que o outro não é, tornando-se sua referência absoluta, sem relativizar outros constructos. O que queremos aprofundar com este debate é como um sujeito se constitui louco, perigoso e excluído por não ser ou apresentar um padrão de normalidade construído socialmente. Bem como destacar a conveniência em demarcar no outro tudo que não sou eu, deixando o “*si mesmo*” ileso de suas contradições, por ter no outro evidências maiores que justifiquem seu aniquilamento. Da mesma forma, complexificar as diversas categorias que tornam uma pessoa aquilo que ela é ajuda-nos a reduzir as disparidades intersubjetivas, aproximando-nos das singularidades e facilitando a compreensão de suas histórias e suas marcas, possibilitando uma maior chance de acolhimento da alteridade - matéria-prima de nosso trabalho em Saúde.

A autora trará a maternidade como importante “centro de várias imagens de controle” (BUENO, 2020, p. 85), por todos os julgamentos que ela parece ampliar e permitir aos outros que o façam, principalmente sobre mulheres negras - os maiores outros na estratificação de privilégios sociais. Isso faz analisar os diversos casos de maternidades que acompanhamos atravessadas pelo Estado, traduzidas em vigilâncias, encarceramentos e tutela infinita, numa suposta primazia de proteção às crianças, ilustrado pelo caso Solemar. Em uma recente visita à sua nova morada, dessa vez entendida como própria e “que ninguém vai me tirar” (SIC), novas complexidades se apresentam. Ela agora habita um território de domínio do tráfico, onde localizam-se as “casas populares” da Política de Habitação do município. Visitá-la e adentrar

este território já é mais um desafio, que demanda presença de institucionalidade como proteção para os profissionais, bem como uma ida conjunta com a Agente Comunitária de Saúde de sua referência - também uma mulher negra -, que nos fornece maior segurança de ali entrar. Meninos na “entrada do bairro” nos observam, de caras fechadas, numa apreensão ameaçada certamente de mão dupla. E, evidentemente, isso também a cola a novos estereótipos facilmente assimilados ao de mulher, negra, pobre, mãe, usuária de drogas e moradora de área dominada pelo tráfico, onde o Estado mais incursiona em viaturas policiais que por qualquer outra via.

A partir das imagens de controle formam-se políticas e comportamentos institucionais que estabelecem barreiras estruturais nos mais variados campos, consolidando o *status* de pobreza e precariedade desse grupo. (...) Ao manipular as narrativas a respeito do cotidiano dessas mulheres, os grupos dominantes criam pressupostos que têm por objetivo silenciar e imobilizar as lutas e estratégias que as mulheres negras articulam para sobreviver ao cenário de injustiça social (BUENO, 2020, p. 86).

Finalizando o diálogo com a autora, conclui-se que os marcadores interseccionais de raça, gênero, classe e sexualidade não podem ser pensados apenas como categorias identitárias, mas também como pólos interligados de um sistema opressor. Ser mulher em uma sociedade patriarcal; preta em um sistema racista; mãe em uma comunidade julgadora e individualista, que não funciona como aldeia comum (necessária à criação das crianças); usuária de drogas e pobre em um contexto moralista é padecer na loucura e enclausuramento de sua vida e suas escolhas, sob pena de perder a guarda de suas filhas por qualquer deslize e ser encaminhada a tratamentos compulsórios para alguma possibilidade de resgatá-las. O exercício aqui é considerar existências concretas, com suas marcas, suas histórias e seus possíveis, numa perspectiva de interseccionalizar nossos entendimentos clínicos e nossas condutas frente às vidas que nos chegam.

Incluir a ótica interseccional em todo o debate e análise deste trabalho era desejo primordial. Entretanto, e também por razões de gênero e sociais, não foi possível ter espaço-tempo-criativo-qualificado para tal. Com uma gravidez advinda no meio do processo da escrita e todas as consequências várias que isso implica no corpo físico e social de uma mulher, algo precisou ser deixado pelo caminho. Poder ser cientista e mãe, e trabalhadora, militante, sonhadora... Dito isso, também não poderia me furtar a inserir pinceladas do debate de gênero e raça na construção do sofrimento na sociedade brasileira e na produção de cuidado para tal. Lamento que tenha ficado circunscrita a uma etapa do capítulo, não como marca textual e ótica de leitura de mundo, mas entendo também que, de alguma forma introjetados já certos princípios e entendimentos, não deixa de sê-lo.

A experiência clínica no campo da Saúde Mental em dez anos de prática mergulhada não deixa dúvida do quanto esses marcadores sociais constituem o sofrimento psicossocial e a forma como lidamos (ou não) com isso. Testemunhar mulheres vítimas das mais variadas consequências de se relacionarem com homens e todas as opressões relacionadas, tanto na capital quanto no interior, seja em grupos ou individualmente, no consultório ou em espaços abertos, de convivência, faz aumentar nossas lentes para poder falar disso, nomear, traduzir, publicizar - e não somente perceber ou sentir.

Valeska Zanello (2018) nos ajuda a olhar para essas questões também muito a partir de seu lugar de escuta e percepção clínica, num importante reencontro e embate com teorias psicológicas tantas vezes desconfortáveis, agressivas e insuficientes para nós, desde o primeiro contato na graduação. A partir do entendimento de que, em uma sociedade sexista como a nossa, tornar-se pessoa é tornar-se necessariamente homem ou mulher, interessa pensar sob esse prisma como se constroem esses signos binários (p. 9). Através de uma construção histórica da produção da doença mental no lugar da loucura - tornando-a então da alcada médica e passível de enclausuramento e “tratamento” - a autora percebe como esse signo de silenciar e dizer sobre o outro recairá muito mais forte e massivamente sobre mulheres. Assim, tanto em outras disciplinas mas com foco principal na construção da história psiquiátrica, veremos desde os primórdios uma compilação autorizada de homens isolando, silenciando, intervindo, estudando e falando sobre - e no lugar de - mulheres (loucas).

O corpo da mulher torna-se palco central na interferência e poder do outro, seja pela sexualidade, pela doença, ou por qualquer comportamento desviante ou inadequado - exercido pelo médico ou outra figura masculina. O manicômio, na revisão bibliográfica da autora principalmente embasada em pesquisadoras, atualiza o lugar final de todas as clausuras e produções de enlouquecimento que as mulheres vão sendo expostas desde as diversas instituições sociais - inventadas e dirigidas por homens. Com o avançar da medicina e dos psicofármacos, a ideia da doença mental ser tratável a nível de sintomas vai aos poucos substituindo o confinamento e exclusão social. Porém, diversos autores vão entender esse processo também como patologização da normalidade, com produções de novas sub-doenças por acúmulos sintomáticos descritos nos manuais classificatórios e estatísticos da medicina.

Zanello (2018) vai então interrogar como se delineiam esses sintomas nas diferentes constituições dos corpos binários forjados em nossa sociedade - masculino ou feminino. A primeira limitação destacada, pela perspectiva de gendramento do sintoma, ou seja, pensando-o a partir da ótica do gênero como marcador social, problematiza como essas categorias são

definidas sem considerar a própria constituição social de cada manifestação psicossomática nos diferentes corpos. Desta feita, “ao definir os sintomas que compõem certo transtorno, sem uma crítica de gênero, pode-se criar um olhar enviesado que hiperdiagnostique transtornos em certo grupo e invisibilize-os em outros” (p. 23). Nesse ínterim, também é preciso considerar a produção do sintoma a partir de seu cabimento ou não na sociedade em que o sujeito está inserido, que também terá aceites diferenciados em sua manifestação para homens e para mulheres. Como terceira limitação, temos a formação moral de quem avalia a configuração da doença, sempre de forma subjetiva dentro da psicopatologia, pela interpretação dos sintomas. “É esse parâmetro, invisível, acrítico, profundamente gendrado, que precisa ser questionado, refletido, problematizado; pois ele é a ‘ponte’ entre os manuais de classificação, o efetivo diagnóstico e qualquer possibilidade de tratamento a vir a ser oferecida” (ZANELLO, 2018, p. 24).

Entendendo que a conformação dos transtornos mentais balizará a forma de sofrimento, do que é passível ou não de ser reconhecido e tratável, modificar a forma como diagnosticamos, como avaliamos e como categorizamos os sintomas, a partir de sua constituição gendrada, é também modificar a forma de como olhamos para nós mesmos, para nossas manifestações, percepções, sentimentos e valores. Nesse sentido, é importante destacar que entender o sexo como binário é já uma compreensão de gênero, que produzirá diferentes performances e corporeidades, possíveis, aceitas ou não. Aquilo que o patriarcado tenta nos dizer, justificando diferenças de poder travestidas de limitações ou desenvolturas naturais, delimita tanto lugares a serem ocupados quanto características a serem podadas ou investidas, se em corpos femininos ou masculinos, desde antes mesmo de virmos ao mundo.

Características de personalidade, de performance corporal e de relação com o outro vão sendo produzidas de formas muitas vezes opostas nos sexos biológicos, definindo facilidades ou dificuldades relacionais e lugares a serem ocupados na sociedade, de maneira sexista, muito verificadas no campo do trabalho. A forma de nos expressarmos, de nos comunicarmos, se é incentivada a independência (masculina) ou cultivo de relações interpessoais (feminina), nos fornece diferentes níveis de passabilidade e alcance social. Entender, então, que nossos afetos e adoecimentos estão inseridos e modelados nas interações sociais e culturais que nos rodeiam é também reconhecer que essas experiências passam por nossos corpos, visceralmente, independente da formulação de teorias e avaliações terceirizadas. Junto à autora, compreendemos o corpo “como sendo situado e socializado” que “apesar de limitado, é plástico” (ZANELLO, 2018, p. 34).

Nesse sentido, na percepção de que a cultura é também modulada e capaz de forjar outras subjetividades através de mudanças perspectivas, localizar o gendramento das relações sociais é pensar então quais seriam as formas manifestas - sintomáticas e não - em homens e mulheres. E como reconhecer este debate nos possibilita recriar padrões de normalidade, aceitabilidade e expansão de modos não binários de ser e estar no mundo.

Acerca das diferenças e similaridades biológicas entre os sexos, a autora irá traçar uma importante e larga discussão de como essas características se manifestam e são construídas e performadas na cultura, socialmente. Destacando para como, de acordo com o interesse majoritariamente político, elas se apresentam de formas bastante diferenciadas historicamente. A saber, até o século XVIII, entendia-se o órgão reprodutor feminino como muito semelhante ao masculino - referência central de modelo - quase na verdade como algo que não se desenvolveu corretamente. Será apenas no final do século XVIII que essas características sexuais serão definidas centradas em suas diferenças, por interesse em justificar as relações de poder e a hegemonia e centralidade masculinas, frente à submissão e opressão do “sexo oposto” (ZANELLO, 2018).

A autora nos ajudará a entender como, com o advento do capitalismo e uma maior possibilidade de almejar mudanças de classes sociais - algo até então tomado como determinado quase pela ordem do destino - era necessário construir justificativas sólidas que aplicassem os anseios de nem todos terem as mesmas oportunidades (no caso, ainda centrado em mulheres brancas, pois aos homens e mulheres negras estava construída uma base ainda mais consolidada de não humanos, não entrando nesta seara nesse momento). É quando utiliza-se de supostas diferenças naturais entre os sexos para manter aceitas diferenças sociais. Nessa consagração, muitos mitos e performances atribuídas aos sexos foram sendo produzidas e apreendidas, sempre numa exaltação e favorecimento às características masculinas frente à diminuição e fechamento do que era associado e esperado do feminino. Casar-se, cuidar do lar e da família viraram atributos essencialmente femininos, que possibilitaram aos homens o desenvolvimento de habilidades relacionais e de trabalhos formais, mantendo-os “para fora” e as mulheres “para dentro”.

A “ciência”, a academia e a literatura muito contribuíram para o reforço desses estereótipos, associando ao ser mulher uma série de obrigações e limitações inerentes e inatas. É neste cenário que se verificou amplamente o adoecimento psíquico de mulheres, principalmente burguesas, fadadas ao confinamento e ao submetimento, sem realização pessoal e com pouco poder de transformação e rompimento à ordem estabelecida. A histeria foi uma

construção biomédica em resposta às diversas manifestações sintomatológicas e sem evidências orgânicas explicáveis que acometeram corpos femininos à época - ainda reforçando o já discutido anteriormente sobre a relação de poder exercida por homens estudando, nomeando, “tratando” e falando por mulheres.

Com o advento da segunda onda do feminismo e a utilização do conceito de gênero - bastante cunhado com contribuições da Psicologia médica, especificamente na figura de Robert Stoller (ZANELLO, 2018) - há certo abandono das diferenças sexuais antes forjadas na biologia dos corpos. Num entendimento mais amplo, mas ainda não suficientemente não-binário, da constituição e identificação de constructos femininos e masculinos, não necessariamente associados ao sexo biológico inato, o gênero veio a ser uma produção do tornar-se mulher e tornar-se homem, ainda respondendo às expectativas sociais. Mesmo na hegemonia heteronormativa e binária de divisão sexual e acerca do que pode a sexualidade masculina e feminina, a categoria de gênero foi um importante passo na ampliação do debate, destituindo o imposto “naturalmente” e deslocando para uma construção social. A criação de condições de identidade e pertencimento também foram fundamentais na construção dos movimentos feministas para autonomia, independência, fortalecimento e resistência feminina.

Apesar dos avanços e desconstruções na divisão sexual das atribuições sociais e mesmo com ascensão de poder às mulheres, nada justificará, na divisão sexual do trabalho, por que continua sendo atribuída à mulher o trabalho doméstico e de cuidado familiar (Rubin, 1975, apud Zanello, 2018). Judith Butler (2012, apud Zanello, 2018) é quem irá questionar mais radicalmente a diferença sexual e a própria identidade de gênero, entendendo-a como estática e ainda produtora e reproduutora de estilos e performances esperadas e a serem seguidas. Reforça a ideia de gênero enquanto mantenedor de relações de poder e de mediação de acesso aos corpos, sempre em detrimento daqueles que se identificam/ aproximam/ constituem como femininos. Para a filósofa, em nossa sociedade binária, tornar-se homem ou mulher é ainda conformar-se com uma imposição histórica do que representam essas categorias, configurando uma importante e crucial via de assujeitamento.

“As tecnologias de gênero não são, portanto, apenas a representação desse sistema de diferenças, mas também a produção delas” (ZANELLO, 2018, p. 46). A autora nos lembra, mais uma vez, de como os discursos científicos auxiliam nessa produção e reforço dos *scripts* a se seguir e lugares a ocupar. Importantes páginas na internet, através das redes sociais, têm feito dialogar esses lugares sociais, principalmente de restrição às mulheres, inclusive questionando o espaço da academia para “cientistas que viraram mães”, por exemplo. Daí também parte da

força e insistência de sustentar a conclusão deste mestrado, gestando outra vida dentro de mim, com todos os desconfortos, fraquezas, inseguranças e indisposições associadas. Entretanto, é também com isso que seguimos, pelas delícias, os novos fortalecimentos, as descobertas de mais potências e resistências que ser mulher também nos proporciona.

Para além das performances atribuídas aos gêneros, a autora nomeia como “pedagogia dos afetos” o que designará circunscrições não só de como ocupar o mundo com nossos corpos, mas também aquilo que podemos sentir e servir. Mais uma vez, com destaque às opressões ao gênero feminino e da categoria mulher, Zanello destaca valores sociais a nós atribuídos causadores de sofrimento psíquico em larga e generalizada escala, independente de raça e classe social, como o silenciamento e a objetificação sexual. Recentemente, uma jornalista fez um infeliz e perverso comentário acerca da futura “primeira-dama” do Brasil - a Janja, importante figura política e social, com sua história própria de trabalho absolutamente à parte de seu atual marido, o futuro presidente Lula. A jornalista, também fruto das misóginias indistintas produzidas pelo machismo, acusou-a de ocupar espaço público demais, ser muito alegre e, ainda, que deveria guardar suas manifestações e impressões políticas para dentro das quatro paredes de um quarto. Não cabe na proposta desta dissertação avançar ainda mais neste debate precioso e interseccional a qualquer tema, o que me faz deixar os infinitos exemplos por todas nós de alguma forma vivenciados de lado.

O que nos interessa refletir e trazer à tona também neste cenário de produção de cuidado em Saúde Mental é como o gendramento das relações sociais, sintomas e afetos na construção de ser sujeito - homem ou mulher em nossa sociedade binária - influenciam na produção de subjetividades. Assim como no próprio processo de medicalização da vida, ao tornar patológico e sob necessidade de cuidados em saúde comportamentos, identificações, afetividades e mesmo todas as dúvidas daí advindas, aspectos que poderiam ser tidos como naturais, constitutivos do tornar-se sujeito ou simplesmente não desviantes. Assim como estamos entrando em maiores nuances no debate de gênero como marcador social, os sujeitos também se verão atravessados e marcados pelas intersecções que lhes constituem, como raça, classe e sexualidade, principalmente inseridos em um sistema de “heterossexualidade compulsória” (ZANELLO, 2018).

É notável como ainda estamos engatinhando no processo de considerar esses marcadores sociais como partes fundantes dos sujeitos que assistimos e - obviamente - da sociedade em que estamos inseridos. Ainda não é parte inequívoca nos relatos e estudos de caso, por exemplo, a descrição de raça, classe social e sexualidade ou mesmo a percepção de

que o sujeito se constitui a partir daí. Também não temos em conta números mais absolutos do perfil populacional de quem o CAPS atende e ainda chama atenção da equipe quando a supervisora afirma que a maioria dos usuários é preta, despertando o mito da democracia racial brasileira e a ideia de que “nem percebo a cor das pessoas porque não me importo com isso”¹⁶, como se fosse real e como se isso significasse também não importar para o sujeito em questão. Arremata a autora, para que não restem mais dúvidas de que

lugares desempoderados e de pouco prestígio levam ao sofrimento psíquico e se correlacionam (vulnerabilizam) a transtornos mentais comuns (...) mais recorrentes (...) em mulheres negras. A interseccionalidade traz, assim, especificidades importantes para a compreensão do sofrimento psíquico, as quais devem ser levadas em consideração em todo e qualquer atendimento e intervenção em saúde mental e/ou psicossocial (ZANELLO, 2018, p. 53).

Por fim, a autora define que as tecnologias de gênero funcionam como dispositivos, naquilo que produzem sujeitos, sendo assim, então, também máquinas de governo. Governo dos corpos, colonização dos afetos, protocolo de performances, de relacionalidade, controle de potências e produção de identidades. Cabe a nós, cuidadores e produtores de saúde mental, estarmos atentos a todas essas nuances, para que não incorramos em repetições de estereótipos ou julgamentos morais.

UMA PANDEMIA NO MEIO DO CAMINHO - OU UM CAMINHO NO MEIO DA PANDEMIA

Suspender o céu é ampliar os horizontes de todos, não só dos humanos.

Ailton Krenak

06/07/2021

a coordenação de saúde mental começa a se perguntar já com alguns estranhamentos se é de fato possível um CAPS I dar conta de todas as demandas em saúde mental do município, com a rede tão esburacada e pouquíssimo articulada. alívio. ao menos, não me sinto tão solitária nesses questionamentos e limites encontrados diariamente no cotidiano de cuidados e atenção às crises, que tanto necessitam de uma rede ativa.

é importante resgatarmos a concepção dos CAPS e NAPS, inicialmente pensados como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos já inseridos em uma rede de atenção composta por diversos outros serviços e equipamentos, complementares na lógica da substituição a um serviço complexo e institucionalmente manicomial. trocarmos a atenção

¹⁶ Falas similares e comuns que aparecem sempre que o tema raça é trazido em debates, bate-papos de corredor ou reuniões de equipe.

hospitalocêntrica por uma caps centrada não substitui a lógica manicomial. não foi essa a reforma psiquiátrica vislumbrada há mais de 30 anos.

tem aparecido buracos também na lógica do apoio do estado aos municípios de pequeno porte (exclusivo do RJ?), com as apoiadoras cobrando algo como um check list de deveres de casa a serem cumpridos antes de acioná-las e acusando a equipe de não saber como atuar na lógica da atenção psicossocial, que mais uma vez recai nas costas dos trabalhadores, num processo culpabilizante de que se as coisas não estão funcionando é um problema pessoal e não estrutural.

num momento em que toda Educação está em suspensão presencial há quase 1 ano e meio (com supressão do contato social, do aprender coletivamente, da interação e lazer), bem como a maior parte dos serviços de convivência da Assistência Social, além de significativos cortes em benefícios e direitos sociais, com os serviços de INSS e judiciários também em sua maioria remotos, nos perguntamos como garantir a complexidade da atenção psicossocial quando nem a ocupação da cidade é mais permitida, que dirá a apostila nos coletivos e articulações intersetoriais em meio de uma pandemia governada por um genocida?

quero dizer que as pessoas vivem diversos fatores estressores, depressores, ansiogênicos, dificultadores de sono e etc na atual necropolítica que estamos inseridos. fatores estes muitas vezes externos e que precisamos considerar no adoecimento da população que nos chega. ou seja, os problemas de saúde mental da população tem se agravado significativamente além de tornados mais complexos, necessitando cada vez mais de uma rede viva e articulada de serviços. não é possível que o CAPS seja responsável por todos esses cuidados e é importante que não caiamos nessa armadilha.

temos realizado reuniões intersetoriais de rede, com representantes da Educação, da Atenção Básica, do CAPS e da Assistência Social (essa em maior número de pessoas e serviços participantes). tem sido virtuais, devido à Pandemia, o que se por um lado prejudica interações mais próprias da presença, por outro garante uma maior participação, visto que as profissionais (somos majoritariamente mulheres) conseguem estar em seus postos de serviço sem precisar de deslocamento ou causar desfalque maior na assistência.

Curioso como o psicanalista Joel Birman vai descrever o futuro pós pandêmico, ainda em 2020, com tanta facilidade e previsibilidade. À época de lançamento de seu livro “O trauma na pandemia do coronavírus” (2020), já me senti desconfortável com certo oportunismo de tantas publicações temáticas, quando estávamos absortamente mergulhados no não-saber, no pânico, no luto não feito, nas mortes incontroladas e cada vez mais numerosas e próximas. Nem vacina havia, nem previsão de sua chegada ao Brasil. Todavia, o renomado pesquisador prevê que certamente manteríamos hábitos sanitários adquiridos durante a pandemia, como o uso de luvas, máscaras e álcool gel, reafirmando o distanciamento social de 1,5m a 2m e associando o funcionamento de estabelecimentos a este cumprimento, além da manutenção da proibição de aglomerações públicas (p. 88).

Incrível como a sede acadêmica e necessidade de produção influenciam nossas abordagens, não havendo tempo psíquico, social ou mesmo cronológico de maturação do

ocorrido, tampouco de previsibilidade de qualquer futuro possível ou não, a partir do caos. Ainda assim, afirmou-se todas essas suposições acima. Felizmente, em janeiro de 2021 chegaram as vacinas no país e iniciou-se, ainda que lentamente, o processo de imunização nacional, gradualmente por faixas etárias e grupos de risco. O que não impediu novas ondas de contaminação e elevação de números de mortalidade. Mas aproveito o ensejo provocado pelo autor para discutir um pouco disso que se tornou também comum de se esperar para o que se cunhou como “novo normal”: a alteração profunda de hábitos sociais e relacionais e a manutenção de cuidados sanitários cotidianos. Mas o que vimos foi um desejo coletivo e irrestrito de retorno ao “velho normal” e desespero por findar, o quanto antes, todas as instituições protocolares forjadas até então. Mais à frente, Birman (2020) destaca que apostava na manutenção destas normativas enquanto não houver vacina, porém traz a fala de um importante e influente pesquisador norte-americano, que enunciava a necessidade de perpetuar os hábitos de contingência sanitária mesmo com a chegada do imunizante.

Acerca das construções de possibilidades de novos normais e na tentativa de ressignificar a crise internacional vivida tão visceral e drasticamente, muitos tentaram antever condições de transformação de velhas formas de vida, que também já não nos serviam mais. Apostando na crise em sua dimensão trágica e não apenas dramática (mais aproximada de uma cultura oriental, frente a como costumamos lidar no ocidente), intentou-se fazer daquele momento também promissor de mudanças estruturais, principalmente no que dissesse respeito às desigualdades sociais e opressões raciais e de gênero - como sendo estes desejos inequívocos de uma maioria. Entretanto, também o que vimos neste decorrer e até os dias atuais - que não distam cronologicamente tanto assim - é um acirramento destas mesmas desigualdades e opressões, reforçando uma lógica individualista e a ascenção e perpetuação de governos de extrema direita mundo afora, inclusive num cenário de guerra entre Rússia e Ucrânia (FOLHA DE S. PAULO, 2022)¹⁷.

Neste caldo, vivemos também um agravamento das violências de gênero durante a Pandemia, principalmente centradas no contexto de isolamento social, em que mulheres se viram ainda mais solitárias, sem suas redes de apoio possíveis e à mercê de relações opressivas dentro de casa. Com menos vigilância externa e menos possibilidade de sair para pedir ajuda, os casos de violência doméstica subiram radicalmente em todo o mundo, conforme fomos tendo notícias pelas mídias (BARREIRA & FONSECA, 2022)¹⁸ e ao nosso redor. Além disso,

¹⁷ A Rússia e a Ucrânia entraram em guerra no dia 24 de fevereiro de 2022. Com quase dez meses de duração, o conflito não parece estar próximo de trégua (<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/guerra-da-ucrania/>).

¹⁸ “De acordo com a terceira edição do relatório “Visível e Invisível: A vitimização das mulheres no Brasil” (2021), elaborado pelo Fórum de Segurança Pública em parceria com o Datafolha, 73, 5% da população acredita

as desigualdades de gênero também se viram mais acirradas, com destaque para o mundo do trabalho, donde mulheres se viram ainda mais sobre carregadas nas funções domésticas e de cuidado e educação dos filhos, além da manutenção de seus trabalhos formalizados e reconhecidos, num equilíbrio muitas vezes adoecedor e insustentável (INFORME ENSP, 2022)¹⁹.

Também acompanhamos um aumento dos homicídios policiais e de operações em favelas (GANDRA, 2022)²⁰ - sendo necessário, posteriormente, impedir tais incursões durante o período da Pandemia, no estado do RJ -, num claro alvo da população preta, ainda mais descoberta de proteções sociais e do Estado, nesse momento. Sendo também a parcela da população mais vulnerável (CARTA CAPITAL, 2020)²¹, no que tange à exposição ao vírus e condições sócio-sanitárias das camadas mais pobres, que não podiam “ficar em casa” nem manter hábitos de distanciamento social ou mesmo de higiene pessoal como recomendados pelas autoridades sanitárias.

Da mesma forma, os povos indígenas se viram ainda mais desprotegidos e atacados, tendo seus direitos constitucionais já garantidos ameaçados pelo atual governo, além de ficarem mais isolados de cuidados e ofertas em Saúde. Sem contar também sua maior vulnerabilidade no que tange à capacidade imunológica de resposta a doenças respiratórias majoritariamente brancas. E, ainda, levando em consideração os idosos como principal grupo de risco da Pandemia, afetando diretamente às comunidades indígenas que têm em seus líderes pessoas mais velhas, desestruturando muitas organizações sociais costumeiras (INFORME ENSP,

que este tipo de violência aumentou durante a pandemia”. Da mesma forma, “o Ligue 180 registrou em 2020 um aumento de 36% em casos de violência contra a mulher” (<https://www.politize.com.br/violencia-domestica-pandemia/>).

¹⁹ “Elas apresentam as maiores taxas de desemprego e um acúmulo de funções, tanto entre as que têm remuneração, como aquelas que não tem trabalho remunerado, mas que também acumulam mais carga de trabalho doméstico e cuidados com outras pessoas, como filhos e parentes. (...) Os dados da Pnad-Contínua, do IBGE, mostraram que, no terceiro trimestre de 2020, o Brasil registrou 8,5 milhões de mulheres a menos na força de trabalho, na comparação com o mesmo período do ano anterior. (...) O estudo concluiu que 50% das mulheres brasileiras passaram a cuidar de alguém na pandemia” (<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50956>).

²⁰ “(...) o Rio de Janeiro foi o único estado em que o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou, em maio de 2020, a restrição das operações policiais em comunidades, enquanto vigorasse a emergência sanitária. Apesar de ainda estar em vigor, a rede constatou (...) as maiores chacinas registradas em operações policiais, em maio de 2021 e maio de 2022, nas favelas do Jacarezinho e da Vila Cruzeiro, respectivamente” (<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-08/cinco-estados-tiveram-mais-de-20-mil-acoes-policiais-durante-pandemia>).

²¹ “Análise publicada em forma de ensaio científico nos Cadernos de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e assinado por pesquisadoras de unidades da fundação e do Núcleo de Pesquisas Urbanas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) diz que a desigualdade no acesso a direitos básicos como saúde, saneamento e trabalho tornou a população negra e periférica mais vulnerável à pandemia de Covid-19, desmentindo ideia inicial de que as consequências da doença seriam igualmente sentidas na sociedade” (<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/covid-19-populacao-negra-e-periferica-e-mais-vulneravel-a-pandemia-diz-estudo/>).

2021)²². Ou seja, pouco se avançou em termos sociais “espontâneos” no sentido de uma sociedade mais justa, igualitária e de direitos e solidariedade.

Birman localiza a escrita do livro no ápice da tragédia encarnada, visceralmente vivida de forma individual e coletiva. No decorrer da escrita e produção do mestrado, muitos momentos já passaram por aqui, avassalando, acalmando e paralisando também. Nesta etapa em que mais nos debruçamos sobre os efeitos da Pandemia não só na Saúde Mental da população em geral, mas principalmente na reorganização do serviço cartografado, já é possível uma análise um tanto mais distanciada. Apesar de o governo brasileiro proferir práticas anti-científicas e genocidas, na contramão das diretrizes dos principais órgãos de saúde internacionais, bem como das tomadas de decisão coletivas em praticamente todos os países, o imperativo ético era o isolamento social. Com isso, a suspensão de toda relationalidade social conhecida e desfrutada até então se tornou prerrogativa generalizada, com efeitos drásticos e dramáticos sobre os sujeitos, em experiências de desalento e desamparo (Birman, 2020).

Em consequência disso, foram produzidas a ruptura e a descontinuidade radical das práticas de sociabilidade e dos laços intersubjetivos em todo o mundo, de forma a relançar e a rearticular em outras bases as coordenadas do processo civilizatório, em escala ampla, geral e irrestrita (...) (BIRMAN, 2020, p. 12).

O que se entendeu como catástrofe mundial, por suas repercussões sociais, históricas, culturais e de morbi-mortalidade similares às das duas grandes guerras mundiais deixará sequelas ainda desconhecidas e por tempo indeterminado. Vivemos a proximidade com a morte em suas diversas magnitudes, seja no concreto com pessoas morrendo cada vez mais perto de si, seja pelo medo de sua iminência, bem como com o aumento exponencial dos casos de contágio e mortalidade nos picos das grandes ondas, sem possibilidade de elaboração do luto nem partilha de rituais do sensível. A transformação imediata das formas do viver, tanto na relação com o outro quanto consigo mesmo, seja com a cidade e com a própria morada, incidindo simultaneamente em todos os continentes, tem um caráter extremamente perturbador, acirrado pelo desconhecido, invisível e imprevisível.

Segundo Birman (2020), apesar da OMS vir alertando, desde 2018, para a necessidade de atenção à Saúde Mental pelo crescimento em escala mundial da depressão e da aproximação do Brasil ao mapa da fome desde 2017, pouco se fez quanto aos alarmes. O que temos, então, é

²² “A pandemia de covid-19 reforçou ainda mais a vulnerabilidade dos povos indígenas. (...) ao longo do 2º semestre de 2020 começaram a ser realizadas análises sobre mortalidade e letalidade pela covid-19 e passou-se a evidenciar esses indicadores na população indígena. A maior mortalidade indígena está na faixa etária acima de 50 anos, mas é importante ressaltar que identificamos que o grupo etário de crianças menores de 9 anos também tinha uma maior taxa de mortalidade por covid-19 que não indígenas” (<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51250>).

uma exacerbação de alguns problemas anteriormente percebidos e negligenciados no país, sob um desgoverno fascistóide. Essa experiência, de desamparo no trauma, gerou diversas sintomatologias e agravos sociais, nas diversas camadas etárias e suas especificidades.

No CAPS, tivemos aumento significativo - embora não transformados em dados epidemiológicos - do número de crianças e adolescentes atendidos, sejam por encaminhamentos escolares ou mesmo por demanda espontânea ou familiar. Tanto o tempo afastados da escola, quanto o retorno presencial após quase dois anos, modificaram suas capacidades relacionais, trazendo crises de angústia e ansiedade, muitas vezes associadas a crises de pânico recorrentes e mesmo quadro depressivos, com automutilações e tentativas de suicídio. Restritos à convivência familiar nem sempre harmônica, sem convívio escolar num momento de maior necessidade de descolamento da família e constituição de si e de grupos identitários, os adolescentes foram fortemente abalados pela Pandemia, estando inclusive já muito diferenciados fisicamente devido ao tempo passado.

Penso naqueles versos do Carlos Drummond de Andrade: “Stop./ A vida parou/ ou foi o automóvel?”. Essa é uma parada para valer. O ritmo de hoje não é o da semana passada nem o do ano-novo, do verão, de janeiro ou fevereiro. O mundo está agora numa suspensão. E não sei se vamos sair dessa experiência da mesma maneira que entramos. É como um anzol nos puxando para a consciência. Um tranco para olharmos para o que realmente importa (KRENAK, 2020, p. 42).

Ailton Krenak nos aponta como uma espécie que se define soberana e subjuga tudo aquilo que a si não pertença ou esteja contido, nas sub-humanidades. E o fazemos também não só no domínio daqueles de outras espécies, mas entre nós mesmos. “E o caminho é o progresso: essa ideia prospectiva de que estamos indo para algum lugar. Há um horizonte, estamos indo para lá, e vamos largando no percurso tudo que não interessa, o que sobra, a sub-humanidade — alguns de nós fazemos parte dela” (KRENAK, 2020, p. 8). Assim, nessa torpe, simplória e utópica justificativa do progresso, seguimos numa direção, deixando muitas coisas se perderem pelo caminho. Muitos de nós. Muitas ações que permitimos deixar escapar no cotidiano do trabalho, sobretudo as mais necessárias e por vezes trabalhosas, complexas, desafiadoras. Vamos seguindo, seguindo, passando por cima, fazendo o que dá... Mas o que sobra? O que dá e o que dá pra não dar? Quem deixamos pelo caminho? Sabemos o quanto doloroso é fazer essas opções, seja por falta de equipe, por falta de estrutura, por falta de tempo, por falta de rede. E sabemos também da impossibilidade de realizar todo o trabalho que teríamos desejo e potência; só não sabemos o preço que pagamos - e, mais ainda, o que pagam os desassistidos - por essas escolhas, por esses escapes, por esse passar por cima e seguir em frente. O preço da alienação do trabalho, na desistência enérgica, desejante, crente.

Pois a criação do mundo não foi um evento como o Big Bang, mas é algo que acontece a cada momento, aqui e agora. (...) Acredito que nossa ideia de tempo, nossa maneira de contá-lo e de enxergá-lo como uma flecha — sempre indo para algum lugar —, está na base do nosso engano, na origem de nosso descolamento da vida. Nossos parentes Tukano, Desana, Baniwa contam histórias de um tempo antes do tempo” (KRENAK, 2020, p. 33).

Perceber o emaranhado do tempo, bem como do espaço, nos ajuda a entender também a transposição das forças que estão em jogo nas relações, assim como a cartografar cotidianos. O escape à linha cronológica e teleológica nos mantém algo mais presentes no presente, algo também mais potentes, porque menos desesperados. Entender os tempos das coisas, sem ser aquele que corre *ad infinitum* no relógio nos deixando apenas mais ansiosos e paralisados, pode favorecer o renascimento da ordem desejante de operar pelo que acreditamos, de seguir na militância e realização de um SUS possível, porque também se vislumbra algum mundo possível. O desacreditar na vida, o esmorecimento por tantos retrocessos, o medo de andar nas ruas, de divergir politicamente, de perder o emprego, de sofrer assédio, denúncia, vai nos levando para um lugar bem pequenino de ação, bastante frio e protocolar, entristecido e impotente. Darmo-nos conta de que isso tudo é um grande efeito coletivo de desmantelamento de tantas conquistas sociais auxilia na retomada - também coletiva - de mantermo-nos alegres, crentes, atuantes, resistindo e exigindo melhores condições de vida, de assistência, de trabalho.

O tempo linear, não lógico, nos dá a falsa percepção de ser também um objeto de consumo. Que podemos perdê-lo ou ganhá-lo, consumindo-o. Trazer outras cosmovisões para nosso embate pode contribuir para uma ampliação da forma de raciocínio e vislumbre, principalmente quando perdemos as dimensões micropolíticas de nossas ações, massacrados pelo jogo de forças macropolíticas. O que Krenak e minha breve convivência com indígenas do baixo Xingu corroboram é uma lembrança original de uma cosmologia do pertencimento, da vida multi-afetada e da não superioridade humana sobre a natureza ou demais espécies. Buscar inspiração em Krenak em dias de difícil escrita faz acordar um corpo mais situado, mais conectado com o ar, com o canto dos pássaros, com a variação da luminosidade, com a vida que gero dentro de mim. São ampliações de sentido, de horizontes e de perspectivas, que contribuem radicalmente com o debate dissertativo aqui tentado.

O isolamento a que já somos submetidos no necrocapitalismo, intensificado pelo distanciamento social da Pandemia e pungente medo da morte, nos deixou por demais circunscritos e enfraquecidos de força e sonho coletivo. Seus sonhos para adiar o fim do mundo são mais uma esfera de conexão possível para reacender em nós o sentimento de pertencimento ao mundo, à terra, à vida e ao caos. Não apenas entre humanos que se matam ou se deixam

morrer. O que sinto e tento aqui transformar em bálsamo teórico é o fortalecimento do acreditar, do desejar e do apostar na luta por uma sociedade sem manicômios e um SUS que dá certo e traz orgulho para seu povo, tanto para seus defensores, trabalhadores quanto para usuários, que somos todos.

“Isso partindo da ideia de que a vida é útil, mas a vida não tem utilidade nenhuma. (...) Nunca vai ocorrer a um peixinho que o oceano tem que ser útil, o oceano é a vida” (KRENAK, 2020, p. 51). Penso na empatia que sinto com outros trabalhadores da Saúde Pública, quando estou como usuária do sistema. E como minha tolerância e capacidade de afeto são maiores com relação a quando utilizo a rede suplementar, principalmente no “pós-pandemia”. Como se esses encontros de resistência, com trabalhadores que ainda permanecemos em nossos campos de (batalha) atuação reacordassem nossa potência, nossa amplitude de cuidado, apesar de.

CAPS< CORPO, COTIDIANO, CLÍNICA, CUIDADO, COLETIVO, CHÃO

As relações corpo a corpo, as relações de afeto são anteriores às relações de troca.

Antonio Lancetti

Michael Hardt nos ajuda a pensar, de modo belo e encantado, como o trabalho afetivo pode fazer escapar algumas armadilhas capitalistas, como a alienação, a individuação, a estafa e o automatismo. A partir da possível construção de planos comuns, experiências coletivas e de pertencimento, o “trabalho afetivo” trazido pelo autor produzirá importantes rupturas anticapitalistas. O autor chamará de “trabalho imaterial” o que não produz um bem material, um produto de fato, mas que seu desenvolvimento está para serviços ou conhecimento, o que modularia as relações de trabalho. É onde se localizam os serviços de saúde - na produção imaterial e na possibilidade de um trabalho afetivo. “As prestações de cuidados estão, com certeza, completamente imersas no corporal e no somático, mas os afetos que elas produzem são, não obstante imateriais. O que o trabalho afetivo produz são redes sociais, formas de comunidade, biopoder” (HARDT, 2003, p. 152).

A dimensão de que nosso trabalho produz afeto, remodela relações de afeto e, consequentemente, produz vida, a partir de nossa presença é afago e anseio. Por um lado, refletir sobre a potencialidade de nossas ações, a autonomia de nossas ferramentas não prescritas e ver “resultados” cotidianos desse trabalho é gratificante e fortalecedor. Nos motiva a seguir, sabendo ser possível traçar caminhos mais autônomos de tomadas de

responsabilidade, na contramão da alienação do trabalho, produzindo entre nós, trabalhadores, campos coletivos e novas sociabilidades e relacionalidades com o trabalho e com o outro; com vias de fato à transformação social, nosso mandato inicial. Por outro lado, é de um desafio imenso forjar com o próprio corpo arcabouços de tecnologias leves, considerando a dimensão de intervenção em vidas tão várias e tantas vezes vulnerabilizadas que nos procuram. Escapar do “qualquer coisa é melhor que nada”, frente à miséria social, afetiva e relacional, é peleja cotidiana.

05/10/21

Quisera eu sentir as erupções do vento e dos outros despertando em mim a sensação clara de estar viva, ativa e em comunhão com o entorno. Numa lógica de sociedade convivente, coletivamente construída e produtora de sentidos. Naquela experiência de que, se faltou pra mim, tenho, no encontro com “o outro”, a possibilidade de recostura, de chamamento, de lembrança e produção do porque fazemos o que estamos fazendo.

Temos conseguido realizar nossas reuniões de rede intersetorial de forma presencial. Acho uma grande conquista sustentarmos esse espaço, em meio a Pandemia e toda desestruturação que nos causa, com atores de tão variados pontos da rede, a fim de alinhar nossas perspectivas de trabalho e cuidado com os casos que caminham (e caem) na rede. Temos constatado como não está dado o saber sobre o que fazem os outros serviços e que isso não é um privilégio da Saúde Mental. Precisamos sempre dizer a que viemos, o que ofertamos, quais são nossas apostas ético-políticas e discutir coletivamente o que vem sendo feito com a vida das pessoas às quais prestamos assistência, seja em qual parte da rede for. Isso não está posto. Os trabalhadores mudam, os gestores também, assim como a lógica do cuidado e o contexto macropolítico, que vão nos exigindo diferentes posicionamentos a cada instante. Isso também diz de nossa clínica, que não deve se cristalizar em protocolos, ao mesmo tempo que eles tantas vezes se fazem necessários para que o cuidado não vire essa palavra-lugar-comum banalizada e de posse de qualquer um. É também, vale dizer, extremamente cansativo e desgastante ter que repetir infinitas vezes o que já compactuamos com a rede, com os parceiros de trabalho, com a gestão...

Ao considerar a pesquisa-intervenção, criada pela Análise Institucional Socioanalítica, Alvarez et al destacam sua dimensão participativa, para que se deflagrem de fato as vozes e posições de todos os integrantes do campo, numa perspectiva de que essas funções sejam co-emergentes, ou seja, não estão dadas *a priori*. Uma ferramenta importantíssima deste modo de pesquisar são os analisadores, a saber, “quaisquer situações que produzam análises, sejam falas ou atos que permitam a desconstrução do que até então aparecia como naturalizado, instituído” (ALVAREZ ET AL, 2008, p. 302). O que fomos tomando como destaque e excertos no texto acadêmico de acontecimentos cotidianos, situações recortadas para dar

encarnação ao discutido, muitas vezes teve nuances de analisadores, por trazerem questões que faziam deslocar algo que passaria batido, despercebido, pela cronificação e automatismo também necessárias ao (sobre)viver.

A proposta de não tecer resultados ou expectativas, mas se ater aos movimentos do campo, suas tensões, seus conflitos, suas “boas-práticas”, e a abertura para essa afetação também modulam o pesquisar. A forma de olhar para o campo faz novos relevos ganharem destaque e abandonar outros no percurso - por terem mais a ver com suposições individuais do pesquisador (inevitáveis nessa mistura) que com o que o campo apresenta, de fato.

A aposta na inclusão de diferentes pontos de vista e situações/falas analisadoras altera o sentido tradicional de método no qual a *meta* (alvo) é anterior a *hodos* (caminho), sendo previamente determinada. Em nossa pesquisa, nossas metas foram construídas coletivamente no próprio percurso da avaliação participativa, de modo que experimentamos um *hodos-meta* (ALVAREZ ET AL, 2008, p. 303-4).

Outra ferramenta bastante preciosa, na minha história de pesquisadora, em particular, é o diário de campo. Instrumento bastante pesquisado por Lourau, quando foi esmiuçar todo o texto que compunha uma pesquisa, para além daquele finalmente selecionado para publicar - o pretendamente neutro ou universal. Ainda na graduação, encantada com essa descoberta e as propostas de Lourau, desenvolvi um trabalho junto ao Projeto de Extensão que participava como bolsista sobre diários de campo - agraciado pelo prêmio Josué de Castro naquele ano. Comento brevemente este episódio por fomentar o interesse, já prévio mas desde então autenticado, pelos tantos fora-textos que tecemos no pesquisar, aqui tomados como composições ilustrativas e textuais oficialmente.

As autoras assemelham o conceito de fora-foco em grupos focais, na composição das narrativas junto aos fora-textos. Isso porque estar em posição de espera de algum acontecimento relevante faz também perder diversos outros que estão se dando sem que notemos. “Esse campo problemático é constituído pelo que se passa ‘entre’ diferentes questões, ‘entre’ os CAPS, ‘entre’ o campo da saúde mental e o da saúde coletiva e entre a própria pesquisa e os objetivos a que ela se propõe, na relação com o campo de intervenção e análise” (ALVAREZ ET AL, 2008, p. 309). Dessa forma, a cartografia vai se delineando, no que inclui as dimensões processuais do campo e do próprio caminho de pesquisar, mapeando rotas, ora evidentes e principais, ora de atalhos produzidos ou descobertos, inventados ou percebidos, dando relevo ao campo problemático encontrado no real.

Isso coaduna com o que temos destacado como a necessidade e entendimento coletivo da tomada de decisão por cada membro da equipe e, o que as autoras também perceberam em sua pesquisa avaliativa dos CAPS em Campinas descrita no artigo referenciado, sobre a

produção de sofrimento no trabalhador quando este “delega somente a outros a capacidade de solucionar problemas” (ALVAREZ ET AL, 2008, p. 310). Destarte, o que poderia parecer mais fácil, delegando ao outro a função de responder a uma demanda que o técnico se autoriza a não saber ou não se autoriza a fazer, é um importante foco de sofrimento cotidiano, ainda que não evidente, pois não legitima seu saber, não se sente pertencido àquele coletivo e abre campo para impotência e alienação do trabalho.

Num dos recentes episódios incluídos no que descontraidamente foi nomeado como “perigo de surto coletivo” da equipe - e talvez seu disparador - verificou-se uma interessante condução do caso e dos processos de trabalho, em ato. Estávamos chegando ao final de uma pesada reunião de equipe, já no novo formato (com duração de três horas, com supervisão e em formato híbrido para incluir a maioria da equipe) quando um caso chegou ao CAPS - afinal as coisas não param de acontecer para que pensemos e nos debrucemos sobre elas. A assistente social foi prestar um primeiro suporte e entender a demanda, verificou ser um caso de uma criança encaminhada pelo ambulatório para acompanhamento psicológico no CAPS. Como vimos problematizando esse tipo de demanda, majoritariamente ambulatorial e pronta direcionada ao CAPS, o coordenador de saúde mental do município entendendo que a técnica pedia ajuda na resposta a devolver ao caso, solicitou que a psicopedagoga (com mais costume de trabalhar com crianças) pudesse fazer um novo acolhimento, em outro dia, para rever esta demanda. Assim foi feito. Em seguida, a assistente social mostrou-se bastante descontente e confusa com a conduta de tirar dela a resolução do acolhimento recém feito, demandando à outra técnica esta função. Evocando o recente aprendizado acerca de sermos todos técnicos de saúde mental no CAPS, portanto potentes responsáveis pelas referências dos casos que acolhemos, ela indagava ser dito uma direção e ser realizada outra. A supervisora reforçou também ter tido o mesmo entendimento do coordenador, a de que ela estava apenas passando a situação e pedindo ajuda para a resposta a ser dada, inclusive pelo momento específico da reunião de equipe, solicitando um retorno mais imediato e menos elaborado. Após alguns intensos minutos de desentendimento e de parecer que “então nada mais fazia sentido”, o coordenador propôs não mais responder às demandas da equipe sobre o que fazer com os casos, quais direções tomar. Que, a partir daquele momento, começaria a devolver as perguntas para cada pessoa, sobre o que ela acha que deveria ou poderia ser feito.

A despeito do conflito entre a tutela e a autonomia, bastante presente nas análises do campo da Saúde Mental enquanto tensão permanente em qualquer ato cuidador, Merhy (1998) nos ajuda a sair dessa emboscada. Interessante ter em conta que este texto pode chegar até mim devido à participação em uma roda de conversa, indicado por um dos participantes²³. O autor entenderá que tanto a tutela outorgada quanto a conquistada, no que se refere inicialmente como modelos tutelares do Estado para com seus integrantes/dependentes, numa relação de

²³ Durante a Pandemia, a “Frente Estamira de CAPS - Resistência e Invenção” manteve suas rodas de conversa de forma virtual, o que ajudou a sustentar alguma coletividade de pensamento e partilha de práticas, anseios e afetos entre os municípios participantes, com rodas temáticas semanais.

responsabilização, poderão produzir efeitos castradores ou liberadores. Não sendo, nunca, algo dado *a priori*, mas frutos que se podem produzir na relação estabelecida entre as partes.

A tutela, bem como a sua implicação na produção da autonomia, aqui, são compreendidas a partir do fato de que se constituem como processos relacionais e de produção, e nunca como essências dadas dos seres. Portanto, são sempre possibilidades produtivas (p. 3).

Merhy irá propor que o processo de cuidado produzido no encontro entre trabalhador e usuário da saúde poderá ou não conter espaços intercessores, de partilha e afetação mútua. Entende que, no contexto atual brasileiro (em que pese a data de publicação do artigo, mas que se supõe continuar como tendência nos dias de hoje, em que seguem precarizações e vulnerabilidades de ambas as partes), a maior probabilidade é de encontros neutros, onde prevalece a voz do trabalhador sobre o silêncio do usuário nos atos de saúde. Isso poderia se dar por diversas explicações, dentre elas o automatismo, o excesso de trabalho, a fragilidade dos vínculos, a necessidade de constituir respostas mais rápidas e práticas às demandas que não cessam, a descrença no sistema e na produção de sentido do ato de cuidado em si. Descolamento da potência que a relação poderia proporcionar, de alguma maneira recíproca.

O autor vai problematizar o fato de os atos de saúde não necessariamente produzirem cuidado ou satisfazerem a necessidade final do usuário que busca o serviço. Isso se daria em lógicas procedimento-centradas, por exemplo, donde podemos ter nossa demanda suprida, em termos diagnósticos ou de realização de atendimento, ou mesmo de algum procedimento aplicado e não necessariamente sentirmo-nos contemplados enquanto sujeitos integrais por não termos produção de autonomia, de transformação ou mesmo de efetividade na vida dos usuários que buscam o cuidado em saúde. Isso porque entende-se, também, que a produção de um ato de saúde implica em alguma tutela, pela relação de poder intrínseca, mas que pode - e deve - conter também direções de autonomia, na perspectiva de modular a tutela inicial e provocar formas mais potentes dos sujeitos estarem no mundo, sem reforçar uma dependência procedimento ou médico-centrada de perguntas e respostas, problemas soluções, sempre enviesadas em uma mesma direção.

Assim, construir coletivos de trabalhadores que tenham autonomia em suas ações e organizações propicia a constituição de produção de autonomia com os usuários. A ideia se coaduna com a tomada de responsabilidade proposta por Rotteli, na Reforma Psiquiátrica Italiana, donde todos os trabalhadores de uma instituição sentem-se a ela pertencidos e parte fundamental, podendo tomar decisões situacionais a partir da apropriação do sentido de seu trabalho e da confiança no coletivo. Sendo mais autônomo, toma para si também mais responsabilidades e pró-atividades, sendo mais resolutivo e um importante canal de produção

de autonomia no sujeito atendido também, por uma prática não alienada, mas encarnada, lógica.

“Olhar e ouvir deste lugar do cuidado, daquele que investe o seu afeto e a sua atenção para produzir efeitos para potencializar a autonomia apresenta às vezes resultados surpreendentes” (YASUI, 2006, p. 115). Penso no caso Luiza, uma usuária que começamos a acompanhar em visitas domiciliares por estar em um quadro de depressão profunda, sem conseguir sair da cama ou se alimentar. Brevemente, somado à ingestão diária de lítio e outras comorbidades clínicas, desenvolveu uma descompensação importante, com infecção urinária e necessitando ser internada no hospital, em leitos de clínica geral. Em uma visita hospitalar, encontrei-a deitada, acompanhada da filha. Tinha muitas dificuldades de comunicação verbal, mas era possível compreender algo de seu desejo, principalmente com a ajuda da filha, que conseguia nos traduzir. Ela queria tomar um pouco de sol e ir ao banheiro, ao que parecia impossível para a enfermagem. Foi quando pude entender que a interpretação da equipe hospitalar pelo fato de ela estar há dez dias sem levantar era de uma paraplegia, sem que pudesse tê-la de fato ouvido, examinado, se interessado pelo seu caso. Dez dias.

Após conversa com a equipe e esclarecimento de seu quadro psíquico conjunto com os agravos clínicos, ela pôde se recuperar e ter alta hospitalar logo em seguida. Conseguiu ir ao CAPS pela primeira vez, num bom encontro, principalmente com as oficinas, que vieram como uma ferramenta de cuidado “extra” para que pudesse fazer hora durante o longo intervalo entre o término de sua consulta comigo e o horário de visitar sua mãe - agora esta internada no hospital. Sua alegria, sua nova forma de se vestir e se portar, os produtos de sua horta que leva para o caps para vender a fim de comprar telhas para reformar sua casa. “Não há milagre, apenas um bom encontro que produz efeitos, que faz a diferença na vida das pessoas que tomamos o encargo de cuidar” (YASUI, 2006, p. 115).

Além do processo coletivo e ativo da tomada de responsabilidade e produção de autonomia em ato de trabalho para si e, consequentemente, em ato de cuidado para o outro, é importante termos em conta também a hegemônica lógica médico-centrada, que de alguma forma permanece empobrecendo e diminuindo a capacidade operativa e cuidadora das outras categorias envolvidas num processo de produção de saúde. Apesar dos inúmeros esforços pela transdisciplinaridade, pela partilha do saber e pela construção conjunta do cuidado, tanto na Atenção Básica quanto (talvez aqui um pouco mais) na Saúde Mental, temos também toda uma cultura médica dissolvida entre a população que acessa os serviços e demanda expertises e atendimentos já previamente supostos e desejados. Que, muitas vezes, recaem em procedimentos médicos, ainda que não seja a melhor oferta naquele caso, será em maioria o que o usuário entenderá como assistência concluída: a palavra/olhar/escuta da figura médica.

Merhy (1998) nos ajuda a pensar esta problemática a partir do que se espera como missão de um serviço de saúde, ou seja, quais resultados atingidos ou aproximados nortearão as práticas, procedimentos, decisões e, principalmente, sob qual disciplina partirão como mais efetivas. Assim, se objetivamos cessar crises, suprimir sintomas, resolver demandas mais

pungentes, estaremos também priorizando o aparato médico, elegendo-o como mais resolutivo para tais objetivos. Todavia, se conseguimos transmutar e retomar os anseios iniciais dos equipamentos de saúde mental, como favorecer mais relações sociais, a partir do vínculo, do pertencimento, da contratualidade social, na produção de sujeitos mais autônomos, outras práticas profissionais/disciplinares advirão como mais efetivas e necessárias. Como as do serviço social, da psicologia, da terapia ocupacional, da musicoterapia, das artes, dos cuidadores leigos e da própria relação com a cidade com acompanhantes terapêuticos. Dessa perspectiva, observamos como as decisões procedimentais partem não só dos usuários que procuram os serviços mas também, em grande parte, daquilo que a equipe entende e elege como prioridade, objetivos, missão, ou mesmo pelo significado do cuidado em saúde. O autor finaliza sua proposição, tendo em vista que

todo profissional de saúde (...) é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, (...) o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático-administrativo na organização (MERHY, 1998, p. 16).

Entendendo a importância do acolhimento em saúde mental como primeiro contato entre o serviço, na figura não só do profissional, e o sujeito que chega e o quanto devemos nos debruçar na qualidade deste primeiro encontro-entre-sujeitos, penso também o quanto isso se dificulta à medida do aumento de demanda e consequente sobrecarga do profissional que ofertará o cuidado. Buscamos a não burocratização do cuidado, a não automatização, sempre centrada no encontro singular, no interesse da escuta daquele sujeito, em cada momento de demanda e de sua existência. O que, infelizmente, vemos não sendo tão possível em momentos de desgaste, sobrecarga, exaustão profissional, contando com pouquíssimos recursos, às vezes sendo seu corpo o único suporte/restante/possível. Reforço este ponto como lembrete quase óbvio da necessidade de garantia de condições mínimas de trabalho para que se possa exercê-lo com a devida qualidade. Às vezes fica impossível. E a burocratização é uma opção não exatamente escolhida, mas justamente automática de atender à demanda, de alguma forma. Não conseguimos olhar para a complexidade da existência de quem nos procura se estivermos “exaustos e correndo” (ainda que não dopados!²⁴).

²⁴ Referência à coluna de Eliane Brum, 2016 em alusão ao livro “A sociedade do cansaço” de Byung-Chul Han.

A esta altura, penso fortemente em como as capacitações podem nos ser úteis e o quanto devemos apostar na educação permanente em saúde como espaço de reformulações do trabalho cotidiano e escapes coletivos aos automatismos e individualizações. Numa recente formação que participamos pelo projeto composto com a chegada da supervisão institucional, a atual supervisora do município insistia em nomear-nos como todos técnicos em saúde mental, deslocando consolidações categóricas numa importante transversalização do quadro profissional. Isso operou mudanças imediatas - tanto de produção em ato de cuidado (como no caso em que a assistente social do CAPS recebeu a demanda de um usuário por ser atendido por uma psicóloga e ela se reposicionou, entendendo ser capaz de exercer sua função e atender ao sujeito) como de “surto coletivo” como falou informalmente o gestor ao fim de uma reunião de equipe, preocupado com os rumos que tantas mudanças poderiam provocar na equipe.

CAPÍTULO III: CONCEITOS-CHÃO - POR UMA CIÊNCIA ENCANTADA

Em acordo com as normativas de constituição da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, a atenção em saúde mental é ofertada a partir da articulação de um conjunto de serviços de saúde, distribuídos na Atenção Primária, especializada e hospitalar, bem como com atenção às urgências e emergências e Atenção residencial em caráter transitório (BRASIL, 2011). A proposta de funcionamento em termos de rede vem da necessidade de inter-relação entre os diversos pontos de atenção a que possa circular e demandar um sujeito em sua integralidade, sem que lhe seja ofertada apenas serviços exclusivos da Saúde Mental, como, por vezes, vemos acontecer. A rede também supõe uma constante troca entre seus integrantes, seja de discussão de caso, seja de apoio mútuo ou matricial, de acordo com a necessidade dos usuários e também dos próprios profissionais envolvidos no cuidado.

A RAPS pressupõe então a afirmativa operante dos princípios do SUS para a Atenção Psicossocial, como a integralidade do sujeito, a universalidade da assistência e a equidade da atenção, além, é claro, da garantia de controle e participação social. Pode parecer óbvio ou natural, mas entender a pessoa com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas como sujeitos completos e complexos, de direitos e necessidades em diversas esferas da vida - e não só na área da saúde - é exercício diário na operacionalização da RAPS. Lembrar a uma equipe hospitalar que o usuário que internou também tem um corpo que precisa ser visto e avaliado e que o hospital integra a rede de cuidados deste sujeito, devendo colaborar e trabalhar articulada e não isoladamente não está dado. Assim também nas próprias Unidades Básicas de Saúde, construir diariamente o cuidado compartilhado, fazendo valer as diferentes necessidades em saúde dos usuários do CAPS que, além ou apesar de frequentarem este serviço, também necessitarão dos cuidados da atenção básica, muitas vezes até mais frequentemente que da atenção especializada. Ou quando os colegas da rede de urgência e emergência negam ou embarreiram acesso aos usuários em crise, seja por criarem falsos pressupostos para o atendimento (como critérios que definam uma franca crise) ou por já o terem feito tantas vezes à mesma pessoa que consideram inútil ou desnecessário, como se houvesse uma cota máxima de assistência por pessoa. A rede, para se valer, exige muito esforço e trabalho de seus integrantes para costurarem, rotineiramente, suas linhas de encontro, reforçando-as. E exige também que seja multidirecional e não apenas desejo unilateral como frequentemente acontece.

Seguindo a portaria 3.088, de 2011, a RAPS preconiza a singularidade do sujeito, considerando seu território e contexto de vida, lança mão do acolhimento e vínculo como fios condutores de todo o processo de chegada, acompanhamento e transitoriedade pelos diversos serviços, constituindo um cuidado integral e em rede. Neste último capítulo, visamos destrinchar alguns conceitos operacionais previstos na linha de cuidado da Atenção Psicossocial, como: cuidado, território, rede, e intersetorialidade, bem como algumas noções de transdisciplinaridade, cotidiano, cidadania, clínica peripatética e Projeto Terapêutico Singular. Permeando diretrizes e princípios legais com autores clássicos da Reforma Psiquiátrica e relatos de experiências de trabalhadores também autores desta clínica, entreteço excertos cotidianos do serviço cartografado comentando os usos, desusos e abusos dos conceitos, quando nos são ferramentas e quando deixam de servir.

CUIDADO

Inauguramos esta discussão cautelosa e necessária acerca do cuidado e as produções na Saúde Mental que tem sido ofertadas em seu nome. Trago Rachel Gouveia Passos para ajudar-nos a conceituar e complexificar essa palavrinha, tão diária e largamente utilizada, não exatamente sob os mesmos signos e representações, seja para quem o exerce ou para aqueles que o recebem. “Problematizarmos o cuidado exige o questionamento sobre as relações sociais e a sociabilidade burguesa que está assentada no racismo, no patriarcado e na desigualdade de classe” (PASSOS, 2020, p.117). Em conversa com Duarte (2013), ambos vão reconhecer algo de manicomializante nas práticas atuais da Assistência Social (e não só), o que logo se aproxima do que temos visto em uma guinada “assistencialista” de caráter institucionalizante que temos acompanhado na rede intersetorial. Através do CAPS, temos sido convocados a responder judicialmente pela saúde mental de pessoas assistidas e amparadas pelo Estado.

Como breve exemplo, temos visto a facilidade da retirada de crianças e adolescentes de suas famílias, inserindo-os no Serviço de Acolhimento Institucional Infanto-juvenil (antigo abrigo municipal), numa visível tutela da pobreza. No CAPS em questão, recebemos o caso de uma mulher que foi internada no puerpério por um suposto surto, após briga com seu companheiro e teve sua bebê a/re-colhida em seguida, num entendimento da rede de Proteção Social de que aquela mulher não teria condições de cuidar de sua filha, solicitando ao Ministério Público que o CAPS atestasse sua sanidade e comprovasse sua capacidade e condições psíquicas de ser mãe. Acompanhamos toda a luta dela em deslocar-se de seu

território rural, sem dinheiro e sem transporte público, indo a pé ou de carona diariamente até o abrigo visitar sua filha, para provar o improvável. Sim, podemos verificar sem muito esforço diversas incursões manicomializantes na atualidade, novamente vestidas de cuidado e Estado.

Em uma “escrita interseccionalizada, que não se descola da realidade e que se preocupa com o cotidiano das relações sociais a partir do imbricamento entre gênero, raça e classe” (idem, p.126), Passos utiliza o conceito de cuidado colonial. A partir de uma análise interseccional do cuidado recaído principalmente sobre as mulheres negras, remonta desde a escravidão como foi se consolidando a destituição do não branco enquanto humano, sendo então passível de subjugação no que representa justamente tudo aquilo a que a branquitude quer negar. Desta feita, tomando o negro como inferior e aquilo que não se é, torna possível exterminá-lo. Também acerca da suposição socialmente construída e imposta de que mulheres negras suportam mais a dor, numa perversa fantasia de alívio da branquitude, constituem-se intensos sofrimentos psíquicos não atendidos nem visualizados muito menos cuidados. A resposta, tantas vezes, é a banal medicalização de uma complexa subjetividade forjada.

Ao questionarmos o manicomio como dispositivo central de “tratamento”, a psiquiatria como saber e poder absoluto e a internação e o isolamento como única saída, estamos colocando em xeque uma das formas de controle e extermínio mais perversas existentes na sociedade. Em nome da ordem, da moral, dos bons costumes, da higienização, do patriarcado, do racismo etc., foram internadas inúmeras mulheres, crianças, adolescentes e homens considerados desviantes, anormais, doentes e insanos pela psiquiatria e, por isso, transgressores. Apesar de ser uma estratégia de cura/tratamento, a lógica manicomial produz a mortificação do “eu”, por um lado, conforme aponta Goffman (2008), e o extermínio, por outro (PASSOS, 2020, p.125).

Já entendemos que a lógica e a prática manicomiais transcendem os muros institucionais e a discussão dessa problemática, dentro de um contexto pós reforma psiquiátrica, se faz necessária diariamente por aqueles que a compõem e tanto reproduzem efeitos de encarceramento, subjugação, anulação subjetiva e mortificação dos sujeitos a que nos propomos cuidar. Porém, mesmo o novo paradigma de cuidados em Saúde Mental está inserido em uma sociedade neoliberal e sofre seus impactos nas políticas sociais, cada vez mais reduzidas, com consequências diretas para usuários, familiares e trabalhadores.

Passos (2014) vai chamar a atenção tanto para a Constituição de 88 como para a própria Reforma Psiquiátrica, que incluirão a família como co-responsáveis pelo cuidado, ao lado do Estado. Nesse sentido, entende que a RPB acaba atualizando um paradigma mais convencional de cuidado, opressor de gênero, repetindo sobrecarga e precarização principalmente de mulheres, tanto na função de cuidadoras “oficiais”, enquanto cargo de trabalho, quanto como no âmbito familiar. Muitas vezes, tais mulheres nem tem vínculos de parentesco com os usuários, mas exercem essa “função social”. Da mesma forma, os cargos de cuidador são

majoritariamente ocupados por mulheres, seja em uma função informal ou no quadro de assistência pública à saúde, como nas Residências Terapêuticas, por exemplo. Nesta direção, entendemos a reformulação do tratamento em saúde mental não só pela mudança dos equipamentos e instituições de cuidado, mas, principalmente, da forma de operar o cuidado.

(Como breve e infeliz ilustração, uma em infinitas, recentemente chegou ao CAPS o caso de um idoso, em situação de rua e vulnerabilidade social, em uso de medicações psiquiátricas sem acompanhamento, vindo da cidade de Curitiba/PR. O CREAS de origem buscou por familiares e encontrou dois filhos: um homem, em uma cidade vizinha, com uma situação social favorável e organização familiar estruturada; e uma filha, no interior do estado do RJ, morando em uma casa de dois cômodos, com seu esposo, filho e neto. Como prática recorrente da Assistência Social (me refiro desta forma por algum lugar de fala, por ter trabalhado nesta área e vivenciado tais situações), há o entendimento machista de que familiares mulheres sejam mais responsáveis pelos idosos de suas famílias do que filhos ou outros parentes homens. A filha, em questão, sofreu abusos e violências sexuais deste pai aos sete anos, quando de seu último contato físico com o mesmo. Teve um filho desaparecido e assassinado pela polícia e vive uma relação abusiva em seu casamento, já tendo sido acompanhada no CAPS e há muitos anos em tratamento psiquiátrico ambulatorial. Mesmo com todo esse cenário - da distância geográfica entre pai e filha, sua situação de vulnerabilidade psicossocial e o histórico de abuso paterno - o CREAS de Curitiba entendeu sê-la a pessoa responsável pelo pai, sem qualquer tipo de suporte ou negociação. Elaine chega ao CAPS com essa história, após anos sem frequentar o serviço, desnorteada, tremendo, com apenas xerox dos documentos do pai (que já havia chegado em sua casa) e uma folha de encaminhamento do CREAS, onde constava que a mesma teria se prontificado espontaneamente em recebê-lo. Soubemos do caso dias antes, através do pedido do PSF de sua referência, que solicitava apoio do CAPS. Quando a recebi e entendi que ela era a filha desta trágica história, quase não acreditei. Às vezes, a vida consegue ser ainda mais dura para algumas pessoas; principalmente, mulheres e pobres.)

Retomando a discussão do cuidado, se, por um lado, estimula-se a construção de práticas produtoras de autonomia para os moradores da RT a partir do lugar dos profissionais, por outro, a não exigência de formação para a ocupação do cargo deixa advir toda sorte de entendimento do que seja esse cuidar. Misturado ao “saber leigo” esperado para a função de cuidador, há as tarefas do dia-a-dia de administração de uma casa e de pessoas que ali convivem, muitas vezes centrado num certo lugar nato do cuidado feminino, tomado quase como essencial e intuitivo. Sendo um cargo fundamental para o processo de desinstitucionalização, é também extremamente precarizado e negligenciado, deixando as trabalhadoras muitas vezes sem respaldo e suporte técnicos para a direção e condução de seu trabalho.

Esse olhar “não técnico” enxergado a partir da categoria trabalho e da divisão sociossexual nos possibilita afirmar que essa justificativa apenas fortalece e encobre as desigualdades de classe, gênero, raça/etnia. A luta por uma sociedade sem

manicômios deve ter inclusa em seus princípios a desconstrução de todas as desigualdades e estar vinculada a um projeto societário que vise a transformação e, assim, não ser utilizada enquanto instrumento dos interesses capitalistas e burgueses para fortalecer seus princípios e modos de sociabilidade (PASSOS, 2016, p. 297).

Sobre a lógica CAPS de operar o cuidado ou, mais adequadamente, a lógica antimanicomial de operar o cuidado, é importante estudar, refletir e se dispor a quebrar nossos próprios muros paradigmáticos pois, na medida em que o cuidado vira estratégia e lógica de atenção, torna-se também algo um tanto abstrato e de diversas interpretações e operacionalizações. O que, claro, tem nos trazido autonomia na atenção à diversidade das necessidades em saúde mental e, por outro lado, deixa também brechas para uma gama de entendimentos do que quer que isso seja. Trazendo também para debate autores clássicos da RPB, como Leal e Delgado (2007), vemos um entendimento já bastante comum entre os autores de que o CAPS não seja visto apenas como um serviço de saúde, equipamento ordenador da RAPS. Tal qual a Reforma Psiquiátrica não se reduz a uma mudança de paradigma na atenção à saúde mental, contra a lógica hegemônica da psiquiatrização, mas sim como um movimento social de importantes transformações da sociedade e do modo como se encontra com a loucura, bem como na afetação das relações interpessoais, o CAPS é também uma estratégia de cuidado, um operador de uma lógica de atenção psicossocial. Os autores montam um tripé de sustentação da estratégia CAPS, a saber: a clínica, o cotidiano e a rede, que devem estar necessariamente considerados e articulados para a desinstitucionalização como principal norteador do cuidado.

Afinal, é da relação que se estabelece entre o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente, o serviço e a comunidade, que se produz a intervenção. Ou seja, o cuidado que poderá, ou não, promover mudança na evolução do adoecimento mental é construído a partir da articulação complexa que se estabelece entre esses elementos. É essa relação que definirá, também, o lugar dos pacientes, dos profissionais e dos familiares/comunidade na promoção do cuidado (LEAL & DELGADO, 2007, p. 4).

É preciso, então, partir da experiência do sujeito, de como ele vivencia o sofrimento, o adoecimento e a relação com o outro para exercer o cuidado. Inclusive saber da perspectiva do sujeito de como vivencia o cuidado, o que considera cuidado, o que é continuamente estar sob cuidados... o que ele entende como cuidado. Lembro-me de um caso breve e marcante de uma menina de 10 anos, que mais aparentava uma mulher formada, quando em um dos atendimentos ainda iniciais ela me disse algo como já encontrar-se bem por “simplesmente” sentir-se acolhida na sua diferença. Era um caso que envolvia uma relação complexa e abusiva com seu padrasto (também usuário do CAPS) além de fortes elementos raciais produzindo discriminação na sua sociabilidade com o território. Sua experiência me remeteu a uma série

televisiva e a utilizei no setting tanto quanto dica cultural como intervenção terapêutica que nos aproximasse de alguma outra forma mais sensível e eficaz para ela. Acredito ter produzido bons efeitos e afirmo também só ter sido possível por já ter feito incursões territoriais onde ela morava, tanto com visitas domiciliares, quanto em articulação com o CRAS do bairro e também por conhecer aquele espaço social e poder visualizar seus relatos com mais propriedade.

Como afirmam os autores, “a realidade, o contexto do paciente, o dia-a-dia do serviço e o seu contexto tornam-se elementos considerados relevantes para a evolução do quadro” (LEAL & DELGADO, 2007, p. 5). Nesse sentido, pensar a organização do serviço, dos processos de trabalho, do entendimento comum e diverso da equipe do que é cuidado, é também organizador e operador do cuidado. Os autores vão trazer à tona um problema já bastante verificado de certo empobrecimento e esvaziamento de sentido do cotidiano dos usuários do CAPS, mesmo naqueles que não passaram por longas internações psiquiátricas. Questionam, então, se o serviço estaria repetindo consequências asilares. Leal e Delgado já se davam conta e traziam luz para este processo há quinze anos. E permanece a pergunta, à medida que permanecerão os serviços. Pois só é destituinte aquilo que se revê. São forças, vetores de direção, não formas. Talvez por isso a importância e persistência nesta publicização. Em nenhuma hipótese por seu destaque frente à infinitude das outras experiências, mas por compor a rede chão, por registros históricos para análises futuras e também como análise de nosso trabalho, do que estamos fazendo com aquilo a que nos propomos fazer. A publicização da dúvida da trilha, dos percalços e também dos bons acertos, daquilo que dá certo frequentemente quando já menos esperamos.

O CASO ALEXANDRINO

Narrar um caso exige escolhas, o prisma não se captura sob apenas uma ótica. São, então, fragmentos de um caso. Facetas de uma pessoa que elenco para dar veludo aos conceitos e tentar fazer encarnar a experiência.

Alexandrino faz 80 anos em breve, mas considera ter mais de 100. Mesmo sabendo o dia, mês e ano de seu nascimento e, por acaso, coincidirem com os originais. Egresso de internações psiquiátricas, conheceu a filha que dele cuida nos últimos anos em uma ação de desinstitucionalização feita pelo hospital à procura de familiares. Karla conheceu o pai no hospital e o trouxe para sua casa, dividindo com o CAPS seus cuidados em saúde mental na época. Senhor Alexandrino conseguiu estabilizar e frequentava o serviço basicamente para consultas médicas. Um dia, um tanto impressionado com o perfil de alguns usuários do CAPS, começou a recusar as medicações, por receio de ficar “como eles” – algo que eu não poderia descrever exatamente do que se tratava, por não estar no serviço nesta época e tampouco por saber como ele os via. Fato é que certa feita, numa trágica intervenção psiquiátrica, a médica falou para sua filha, na sua frente, que, caso ele continuasse recusando a medicação, ela

pusesse na comida “disfarçadamente”. Desde este dia, Alexandrino não mais aceitou a alimentação feita pela filha e parou de frequentar o CAPS. Começou um processo significativo de isolamento social, se fechando no quartinho-casa em que construiu para si, no terreno da filha. Vivendo com galinhas, galos de briga e outros animais domésticos em uma casa de pau-a-pique, Alexandrino foi passando os anos com delírios mais agravados e estruturados, bastante persecutórios. A fala da médica foi o gatilho para seu componente paranóico, fazendo-o temer todo o entorno e apegar-se às vidas não humanas, como plantas medicinais e animais de estimação. Em todos esses anos, Karla, seu esposo e sua filha permaneceram insistindo na aproximação com ele, ofertando comida e cuidados pessoais, das mais variadas formas, para que alguma fosse aceita. Pediam que os vizinhos intercedessem, entregando a comida por ela preparada para que ele não desconfiasse. Segundo a mesma, nunca pensou em colocar medicação escondida, conforme a orientação médica. O caso retornou para o CAPS já no contexto da Pandemia, em 2020, anos após o episódio fatídico. A pedido da filha, preocupada com o estado de saúde do pai bem como com o estado físico de sua moradia, solicitou visita domiciliar e suporte nos cuidados. É quando entro no caso. Realizamos algumas visitas domiciliares, em dupla, com o auxiliar administrativo que fez um belo vínculo com o sujeito. De início, ficávamos um pouco afastados, com cachorros, galos e galinhas em nossa mediação. Senhor Alexandrino nos recebia na porta, nem nos convidava a entrar nem se dispunha a sair. Aos poucos, a construção de vínculo foi permitindo nossa maior aproximação e conhecimento mútuo. Em todas as visitas, a filha se emocionava, sempre muito preocupada com o pai e em demonstrar todo seu esforço em trazê-lo para sua casa, para condições mais dignas de moradia, convívio social, alimentação. Ele seguia recusando, mas passou a aceitar suas ofertas de comida, bem como a presença da neta para jogarem damas e dominó. A situação estrutural de sua casa e a condição insalubre da mesma ficaram insustentáveis, com sério risco à sua integridade e saúde geral. Subir para a casa de sua família, Alexandrino era irredutível na recusa. Havia também um quartinho no meio do caminho, que sempre me pareceu uma boa solução intermediária. Facilitaria o acesso para Karla, que tem problemas nas pernas e grande dificuldade de descer o íngreme e tortuoso caminho de terra até a casa do pai e respeitaria os anseios de Alexandrino e sua individualidade já bastante demarcada. É em uma dessas situações-limite que a intervenção brota espontaneamente e acaba funcionando pela mesma perspectiva. Por uma fagulha, uma faísca de esperança despretensiosa. Uma aposta. Uma tentativa, em várias outras, que vinga. Porque se continua apostando no trabalho, no vínculo, no inédito do sujeito e dos encontros.

Alexandrino já não conseguia mais levantar, permanecia a maior parte do tempo acamado, imundo, com fortes dores no braço - que já quase não movimentava – e os pés sempre inchados. A casa já caía aos pedaços, literalmente. Nem os animais ali viviam mais. Entendo que o limite do sujeito também comparece e pede ajuda, quando não se pode mais. Numa proposta de subir para o quartinho no-meio-do-caminho, Alexandrino dessa vez topou. Num instante. Foi uma força tarefa, a estagiária e a outra psicóloga que me acompanhavam na visita foram ajeitar as coisas no quartinho com a filha, enquanto ela acionava o marido no trabalho que viesse carregar o pai, pois tinha topado subir! Era uma montanha russa de emoções, e a pragmática pedia passagem, para sustentar o ato fino e preciso, do momento do aceite, sem grandes indagações ou reflexões de como. Quarto limpo, cama montada, roupas de cama e banho novas. Cenário pronto para receber uma nova página dessa história. Alexandrino é carregado pelo genro e um colega de seu trabalho, brinca parecer um saco de batatas. Chega bem, demonstra satisfação com o espaço e fica bastante notável o contraste

entre sua sujeira e a limpeza das roupas de cama já por ele estreadas sem nenhuma interdição. É quando ele pede por banho e aceita outros cuidados ofertados, como corte de cabelo feito pela neta. Saímos de lá combinando retorno para o dia seguinte, com uma partida de dominó. Ele topa, alegre. O combinado se realiza, jogamos duas partidas em duplas e passando para a melhor de três. Ele vai misturando momentos de clareza e lucidez com algumas confusões mentais, alucinações visuais e certa dificuldade de enxergar. Rimos juntos, muito alegres com aquele inédito já inesperado, mas nem tanto. A estagiária se interessa pelo caso e muda seu dia para me acompanhar nas visitas. O trabalho que encanta. A neta acaba cursando enfermagem e fazendo estágio em Saúde Mental numa residência terapêutica do município vizinho. Lá, aprende alguns truques de lida com os usuários, que também vai trazendo para o avô e família. Todavia, a saúde de Alexandrino segue comprometida, sem consultas médicas ou qualquer realização de exames há anos.

Após prosseguimento do acompanhamento em visitas domiciliares a ele e à família, conseguimos articular um atendimento médico em sua UBS. Apesar dos esforços vários, da equipe, do motorista da prefeitura, da família e mesmo dele, os encaminhamentos clínicos não vingam, os exames laboratoriais demoram a ser realizados e o tempo insiste em passar, indócil. Eu acabo precisando me afastar presencialmente do trabalho, por questões de saúde, mas sigo monitorando o caso em contato telefônico com a neta. Algumas intercorrências à frente, muitas articulações e tentativas de cuidado, o caso acaba sucumbindo. Alexandrino pára de se alimentar, vai parar na sala vermelha do hospital e lá acaba falecendo, deixando uma lacuna de tristeza em mim, naquele momento de férias e tão distante. Apesar dos pesares, o que fica para a família foi uma gratidão importante, uma sensação de acolhimento e cuidado e uma ressignificação na relação com a Saúde Mental, transmitidas por escrito a mim e à equipe. Casos reais, da morte-vida severina, com açúcar e afeto atenuantes.

O caso, além de me emocionar novamente na escrita e rememória, me parece ilustrar alguns pontos que temos traçado e pensado aqui. Inclusive naquilo em que pese nossos anseios, nossas cobranças de fazermos mais do que é possível ou da angústia em sentir estar fazendo tão pouco. E, de repente e não mais que de repente, em uma manhã de sol véspera de meu aniversário, acordo com a mensagem desta familiar, anunciando-me a morte de seu avô de forma tão delicada e agradecendo imensamente todo o cuidado dirigido a ele e à sua família. Penso, então, como também muitas vezes estamos tomados com os nossos referenciais de o que deve/pode ser feito, de grandes esforços que representem algum cuidado em vidas já tão sofridas e apequenadas. Quando na verdade, somos surpreendidos em ouvir do outro qual é o gesto que lhe se soa cuidado, como se sentiu acolhido e bem em nosso acompanhamento, a partir de sua experiência, e não da nossa.

O cotidiano seria, então, não só o contexto que nos determina, mas, ao mesmo tempo, o texto, a obra que construímos na nossa vida. (...) 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. (...) O cotidiano do CAPS precisa ser aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como um modo de vida,

uma forma de existir e estar no mundo, obra construída a cada tempo de sua existência, por mais que pareça vazia de sentido (LEAL & DELGADO, 2007, p. 6).

E como nos parecem, tantas vezes, vazios de sentido. Tanto de suas vidas quanto de nossas ofertas de cuidado e promoção de vida. Pôr em análise nossas expectativas e nossos parâmetros de considerar o que é melhor é tarefa fundamental e também cotidiana. A nossa abertura de produção de sentido será também baseada num certo mergulho aos tantos modos de estar no mundo e das costuras que cada sujeito vai compondo em seus encontros, dentro do que lhes é possível e possibilitado. É, talvez, um pouco esse o trabalho dessa clínica ampliada, da clínica da atenção psicossocial: favorecer a abertura de sentidos, para os usuários, familiares, profissionais e comunidade em que estamos todos inseridos.

Como desejamos, inconscientemente e nem sempre, que os usuários se encaixem no cotidiano do serviço sem que saibamos dialogar com os seus. Temos um outro caso bastante emblemático em que só foi possível lograr êxito no vínculo por conseguirmos compor com a violência dele outra relação. De acolhimento e não de repulsa e exclusão, como se deram as repetidas relações sociais ao longo de sua vida. Acompanhá-lo na casa de custódia, demarcar nossa presença lá e a diferença que proporcionamos neste enredo, tirando-o tanto do lugar do louco perigoso com destino aos hospitais de custódia quanto de ser um sujeito “normal” que cometeu um delito e como consequência única a reclusão e punição. Conseguimos construir novos lugares no mundo e, arriscaria, também um alargamento de seu espaço neste mundo. Finalizando o diálogo com os autores, com suas palavras: “Para fazer isso, o CAPS não pode considerar que o tratamento do sujeito se limita ao espaço físico do serviço. É preciso acompanhá-lo e conhecê-lo no território, nos lugares da cidade que percorre e habita” (idem p. 7). O que nos leva para a discussão do próximo tópico: a encruzilhada do território.

TERRITÓRIO - EPISTEMOLOGIA DAS ENCRUZILHADAS

Muitas vezes se verá a palavra território aparecer por aqui, bem como no cotidiano dos serviços e em nossas ideias e práticas. Isso porque “(...) transpor as práticas de cuidado para o território tornou-se, além de um princípio técnico, um pressuposto ético nas ações de saúde” (LEMKE & SILVA, 2013, p. 9). Tomamos, então, o Território como princípio organizador das nossas práticas de cuidado. Os autores trazem a experiência do Acompanhante Terapêutico como ilustradora na relação com a cidade, na interface dentro-fora do serviço-território, entendendo que “os ATs construíram uma lógica territorial de cuidado, usando o potencial terapêutico da rua e da cidade em suas intervenções” (idem, p. 11). Vale destacar que a cidade

enquanto espaço processual opera na diferença, nas mutações, na variabilidade, trazendo importantes noções de contágio para o ambiente interno de um serviço, por vezes perpassado por homogeneidade e estática. Nas palavras dos autores:

O AT produz desestabilização nas instituições, pois, ao acompanhar o usuário a céu aberto, é com uma visão diferente dele que o at retorna à instituição, marcando uma dissonância em relação ao olhar da equipe. A relação que se estabelece com o usuário nas ruas não é a mesma que a construída dentro de uma instituição. O at traz, dessa forma, uma diferença do fora que produz um tensionamento e faz com que a equipe problematize suas práticas e possa quebrar cristalizações, tanto da imagem que faz do usuário como do seu repertório de intervenções (idem, p. 11).

Aproveitamos a figura do Acompanhante Terapêutico para pensar sua função, não precisando estar restrita a este cargo ou focada em uma pessoa da equipe. Trazemos a imagem do andar pela cidade como ocupação do serviço no território, bem como pela atmosfera de acontecimentos que a cidade favorece. Pela limitação da cronificação do cotidiano, trazemos a necessidade do fora, dos abalos sísmicos em nossas concepções cristalizadas acerca de nossas terapêuticas e dos usuários a que atendemos; bem como do que esperar da cidade, da rede, da família, etc. Nesse sentido, criar espaços de inventividade faz ressurgir em nós potencial para seguir cuidando, ouvindo e produzindo diferença e não repetição.

Que sejamos todos acompanhantes terapêuticos em nossas funções, utilizando da direção de ampliar horizontes de existência e relacionalidade com a cidade, nos territórios de sentido de cada usuário que acompanhamos para, aí sim, ampliar nossa clínica e construir a sociabilidade em conjunto. Não é necessário estar fora para criar condições de habitar a cidade, mas é preciso também ir pra ruas com os usuários, entender sua circulação, ampliar sua passabilidade em ato. Os autores trazem também a experiência-função dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica para pensar esse mesmo lugar de indiscernibilidade e abertura de outros sentidos clínicos e promoções de saúdes pela lógica do território, donde “o contato intenso com o cotidiano de vida das famílias pode construir uma rede de relações produtora de novos significados” (LEMKE & SILVA, 2013, p. 13).

Outro exemplo ainda mais radical desta prática são os Redutores de Danos que operam cuidado necessariamente por sua circulação no território dos usuários e a facilitação da construção do vínculo, de forma ativa e também pelo respeito às condições e possibilidades das pessoas em permitirem ser cuidadas e conseguirem constituir um cuidado de si. Mais à frente, entraremos mais profundamente na clínica peripatética e suas inspirações da lógica de Redução de Danos. Sem querer perder o rumo do território, utilizamos essas imagens-funções para tomar emprestado noções que muito nos servem enquanto trabalhadores da saúde mental. Os autores nos lembram do “princípio ético de não tecer julgamentos de valor sobre a vida das pessoas,

estabelecendo vínculos solidários nos quais os usuários podem encontrar condições de decidir sobre as ações a serem desenvolvidas em relação à sua saúde, respeitando sua vontade e seu tempo” (LEMKE & SILVA, 2013, p. 16). Penso que esta deva ser a lógica de qualquer cuidador em saúde, respeitando o desejo e o tempo do usuário, acerca das abordagens e tratativas terapêuticas. Se não, o que nos autoriza a sentirmo-nos sabedores do que é melhor para aqueles de quem cuidamos? Ou melhor: como cuidaremos mais propriamente de cada sujeito se não nos abrirmos ao básico imperativo de respeitar seus desejos e seu tempo? A facilidade em dizer que um sujeito não aderiu ao tratamento esconde a omissão de nossa insistência em inventar ou propor novas abordagens mais condizentes ao sujeito em questão, sempre particular. Tanto as funções de Acompanhantes Terapêuticos, Agentes Comunitários de Saúde e Redutores de Danos previstas nas políticas de Saúde Mental e Atenção Básica nos inspiram em posturas ativas, donde o profissional “vai ao território do usuário, constrói vínculos e respeita sua demanda, baseando suas ações naquilo que é viável e não em normas ideais de saúde” (ibidem).

Um dos principais teóricos que baseiam as noções de território apropriadas em Saúde é o geógrafo Milton Santos. Isto porque ele recoloca a dimensão território enquanto espaço social, espaço de relações, inserindo o processo saúde-doença dentro da dinâmica produzida no território e suas transformações e produções socio-espaciais. Faria e Bartolozzi (2009) vão contribuir com este entendimento, pensando espaço, território e saúde e nos lembrando que “a categoria espaço em Milton Santos permitiu à Epidemiologia mudar o foco usual de análise centrada na doença para a análise das condições de ocorrência das mesmas” (p. 35). O mesmo podemos entender acerca dos acometimentos em saúde mental, naquilo que foi reforçado em um evento do “19 de maio” (que será visto mais adiante) pelo vice-prefeito, lembrando que a saúde mental é composta pelas condições estruturais e sociais que os territórios nos permitem. E, enquanto escrevo essas linhas, a realidade segue pulsando e atualizando nossos conceitos, interpelada pela notícia do dia de uma mulher que teve o segundo AVC e foi internada no hospital após notícia de assassinato de seu filho em uma chacina policial na Penha/RJ.

Lembro-me de uma frase dita por uma importante formadora-supervisora-amiga-cozinheira companheira de luta e de trabalho, histórica na Reforma Psiquiátrica Brasileira - a saber, Marta Zappa - que insistia na ideia de que “não se vai ao território, pois já se *está* nele”. Destaques meus, frase reconstruída por memória que marcou, ainda que na época não fizesse tanto sentido quanto agora, anos de experiência e reflexão posteriores, lendo Milton Santos e refletindo sobre tantas abordagens diferentes em tantos territórios habitados e trabalhados. Lembro também da curta e intensa experiência em Saúde

Indígena, durante a residência. Ali, dentre infinitas coisas, aprendi sobre pisar os pés descalços na terra antes de chegar adentrando as aldeias e comunidades. Esse era um hábito comum dentre os trabalhadores do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, provavelmente aprendido visceralmente, e que me foi passado com brincadeira e gentileza e que imediatamente tomei como real (até ser alertada para os riscos de pegar “bicho de pé”, o que mais parecia uma ironia da equação). Dentre essas duas memórias, entendo que o território não é algo aonde se chega ou de onde se sai, ao mesmo tempo que também é preciso ter claro a importância desta categoria como componente de ação e análise de nossas práticas em saúde. Da mesma forma, sendo um território vivo, campo de relações de poder, sempre singulares e em constante produção de e por sujeitos, não está dado e não é lugar, mas espaço vivido.

Ao destacar o papel da economia política e das relações sociais de poder na produção do espaço, Santos (1998b) aponta a importância da categoria território nas análises geográficas. Entendido como uma categoria de análise social, o território se apresenta como o recorte ou fração do espaço qualificado por seu sujeito (FARIA & BORTOLOZZI, 2009, p. 35).

Pensar o território enquanto categoria de análise social é compreender também a dinâmica local e global de acesso tanto a serviços quanto a políticas públicas que constituem dada população, inclusive se manifestando em suas produções de doenças, correlacionadas com suas condições de vida. Assim, fica mais clara a noção de saúde enquanto processo social. Os autores afirmam que “o perfil patológico do grupo pode também ser entendido como uma manifestação do território, onde se circunscreve determinado comportamento” (idem, p. 38) e indagam se “não seria a construção de espaços de não cidadãos a explicação para os eventos de doença na cidade?” (idem, p. 39). O mesmo podemos refletir acerca da loucura e de sua produção social, bem como da capacidade do território em aceitar/acolher ou excluir/destacar o sujeito em sofrimento psíquico grave.

Os autores dão destaque à territorialidade urbana como majoritária na formação social e também como maior associação aos agravos e produções de doença. Porém, no caso da loucura, também verificamos, nos bairros mais afastados e de características predominantemente rurais, uma maior relação com seus sujeitos desviantes, numa possível acolhida e tomada de responsabilidade coletiva daquele território por aquilo que dali é fruto e ali se reproduz. Talvez um pouco fantasiosa ou romantizada essa visão, mas nas atividades de matriciamento pelas unidades básicas de saúde do município, em geral vemos uma maior resolutividade ou menor estranhamento e exclusão dos sujeitos ali loucos. Talvez também por saberem, em suas relações históricas com o Estado, como precisam resolver muitas vezes por conta própria suas necessidades cidadãs.

Lima e Yasui (2014) vão trazer a importância para a Atenção Psicossocial da relação entre o cuidado e o território onde este é produzido. Consideram também a necessidade de articulação entre os serviços de saúde e os serviços da comunidade, num entendimento de impossibilidade que um serviço de saúde mental em si dê conta das necessidades de uma população. Destacam, ainda, que o território compõe inúmeras lógicas, “algumas de emancipação e participação, outras que produzem sujeição e dominação” (p. 594). Numa importante transversal que faz dialogar Milton Santos com Deleuze e Guattari, os autores vão trazer como o conceito de território conversa nesses teóricos, principalmente naquilo que vão entender como uma dinâmica do território, sempre em constantes produções e consequentes exclusões, bem como na múltipla interferência e co-produção dos vetores de forças de saída, em desterritorialização e reterritorialização. Essa ideia nos ajuda a entender e vivenciar melhor a relação com a “lógica do território” na qual devem ser regidos os cuidados não só em saúde mental como em qualquer outro que se pretenda assistir a complexidade humana e político-social.

Assim, se nos colocamos na perspectiva de uma ruptura com a racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o do isolamento, da exclusão, mas também de uma ruptura com a lógica do controle, que, por meio de diferentes dispositivos penetra na sociedade com estratégias de vigilância e domesticação, devemos estar atentos sobre as relações entre a produção de cuidado e o território no qual se inscreve o serviço (LIMA & YASUI, 2014, p. 596).

Por este entendimento de “estar no território”, conhecendo a vida dos sujeitos fora dos seus espaços físicos de tratamento - também por eles delimitados - acabamos muitas vezes exercendo perspectivas de vigilância e controle dos corpos, sem que nem mesmo percebemos. Há diversas situações em que nos sentimos invasores do espaço de vida pessoal do sujeito, também de sua vida relacional, coletiva. Invasores daquilo que não pertence ao tratamento, que não nos diz respeito ou não deveria, tamanho é o desafio de estar nesse lugar de operador de cuidado em saúde mental numa inspiração antimanicomial. Pois os limites são por diversas vezes tênues e translúcidos, inclusive nos casos em que não vemos muita produção de desejo de vida - que facilmente associamos com o desinteresse no tratamento - e insistimos nessas tratativas de formação de vínculo, por meio de visitas domiciliares, por exemplo.

Todavia, Foucault há muito já nos alertou que ali onde há poder, há resistência. E é no território que vemos produzir modos e escapes de vida que esquivam do controle. Será, então, justamente pelo pulsar de vida que há nestes cantos que incidirá a aposta pelos serviços e ações territoriais. Nesse sentido, relacionar-se com o território dos sujeitos a quem prestamos assistência não se restringirá a observar seus deslocamentos, mas principalmente a estar atento

aos movimentos daquele espaço, às dinâmicas de produções e silenciamentos e clinicar naquilo que se faz possível.

Em relação a isso, é preciso considerar que a experiência da loucura, do sofrimento, da exclusão é marcada por um forte coeficiente de desterritorialização, entendido como movimento por meio do qual alguém deixa um território, desfazendo tudo aquilo que uma territorialização constitui como dimensão do familiar e do próprio. Esses movimentos de desterritorialização são inseparáveis de novos mundos que se fazem em processos de reterritorialização, que não consistem em um retorno ao território de origem, mas na construção de um novo território (LIMA & YASUI, 2014, p. 600).

Os autores nos ajudam a pensar essa dinâmica de desterritorialização e reterritorialização, e na produção da diferença em algo novo, que escapa do instituído e faz encontrar outras composições existenciais, onde se possa caber e ser mais potente. São dinâmicas do descaber e do fazer caber, que vão possibilitando outras criações de possíveis naquilo que já havia se tornado árido. Neste sentido, pensamos na loucura e em sua relação com o território, no acontecimento recíproco de ser desacolhida e fazer reacomodar a si e ao entorno. Ou seja: quando um corpo excluído - enlouquecido ou não - percorre a vida pública, ocupa espaços não antes ocupados, há uma mútua reterritorialização. Tanto do sujeito que amplia ou tenta ampliar seu território existencial e se arrisca nessa aventura de encontro com o fora que tanto já o transfigurou, quanto do próprio entorno, de tudo aquilo que se reacomoda para que se possa fazer caber um corpo que desvia e, por isso, impacta e remodela.

Lembro, por exemplo, dos comerciantes que estranham quando os usuários frequentam seus estabelecimentos, porque temem, porque não foram acostumados a vê-los exercendo suas cidadanias. Isso nos foi dito por uma familiar, acerca de seu irmão, na mesa de abertura do evento do 19 de maio. Quando optamos por homenagear dois comerciantes bastante conhecidos na cidade e que empregam usuários do CAPS em seus estabelecimentos, isso tem a ver com tornar públicas essas ações, dar visibilidade e seus devidos créditos, mas também torná-las mais possíveis, naturalizando-as para aqueles que ali presenciaram passassem a saber que algumas pessoas que os atendem são também usuários de saúde mental e, provavelmente sem saber, isso nunca tenha lhes ocorrido ou se tornado questão. Ainda com os autores, esta clínica se produzirá, então, nos dois sentidos: naquele que faz incluir a diferença, que cria e amplia territórios de pertencimento para o sujeito e também incidindo na própria dinâmica territorial, alargando-a, produzindo abalos de heterogeneidade. Ou, em suas palavras, “a apostar na sustentação e no acolhimento de uma multiplicidade de formas de existência e, ao mesmo tempo, seu agenciamento a redes de sentido que venham a criar novos territórios” (LIMA & YASUI, 2014, p. 602).

19 de maio - os dias seguintes

“jornal das pequenas coisas”

esse ano decidimos fazer um evento em comemoração ao marco da luta antimanicomial como inauguração da campanha contra o preconceito com as pessoas com transtornos mentais na cidade. construímos a ideia em reunião de equipe, numa proposta de aproveitar a data e fazer valer este tema que há muito vem nos assombrando, numa necessidade premente de conversar com a população, naquilo que se incluem profissionais do terceiro setor em específico, acerca da presença e normalização dos usuários da RAPS na cidade. parece sempre óbvio, sempre algo de nenhuma novidade mas vamos percebendo organicamente que as dimensões da reforma psiquiátrica antimanicomial se dão um pouco dessa maneira. no infinito lema de ainda por uma sociedade sem manicômios.

optamos por conciliar a ação político-social com a cultural, numa indivisível correlação destes campos. o evento, então, se deu no centro cultural do município, dando pontapé também na exposição dos trabalhos manuais feitos pelos usuários do CAPS, convidando toda rede intersetorial e sociedade civil. foi emocionante voltar a ver rostos conhecidos e desconhecidos reunidos num mesmo propósito, nisso que se tornou quase nulo nos dois anos pregressos de pandemia. nossos usuários não estavam em peso, pois também haviam realizado um ato no dia anterior - o tal 18 de maio - pelas ruas da cidade. mas estavam lá, principalmente os mais animados, a dupla que inventou a apresentação de dança na véspera, ali, na praça, na espontaneidade pulsante e encantadora, que tanto nos esquecemos, da saúde mental. daquela que pode pulsar.

a escrita das grandes minúcias vai às vezes ficando parca, custosa, difícil de engrenar. cartografar um serviço é estar atento às dores, delícias, reflexões, esbarros, trancos, fluídez, àquilo que funciona e ao que faz funcionar. quando fui convidada para fazer uma fala na mesa de abertura deste nosso evento, enquanto trabalhadora, me vi insegura. tive dificuldade de falar deste lugar extremamente híbrido que compõe a minha presença no mundo e também ali no serviço: trabalhadora, pesquisadora, militante. esses três nomes são até mais fáceis de conciliar. mas a crítica e a ternura, a perspicácia de saber dar o relevo exato de tantas questões que perpassam esses lugares foi mais difícil de bancar. cedi o espaço de voz a uma colega que chegou recentemente na equipe e que talvez tivesse uma fala mais tranquila e adequada ao que o evento se propunha. depois, no decorrer, me questionei e senti que poderia perfeitamente ter feito a minha fala. que ficou faltando também.

ver uma usuária e uma familiar falando na mesa, no palco, ao lado e antes das “autoridades” foi emocionante. aliás, a emoção transbordava por ali. o atual coordenador de saúde mental do município, que foi colega da ponta por anos e se colocou como mestre de cerimônias; ouvir do vice-prefeito e ex-secretário de saúde que está se formando em medicina e entendendo que saúde mental se constrói com garantia de dignidade, com suprimento de casa, comida, emprego é uma vitória emocionante, inesperada e bastante celebrável! ver uma usuária de longa data da história institucional do município, moradora da Residência Terapêutica egressa de diversas internações psiquiátricas - mesmo em tempos pós reforma - e que assustava aos cuidadores, dançar no palco final, maquiada, sorridente, plena e fluida, respeitada e admirada em toda sua diferença é de fazer levantar a platéia e nos fazer saber, um pouco, por aquele dia e também alguns seguintes, que nosso trabalho muda mundos.

19 de maio é sobre o que se faz no dia seguinte, depois dos grandes feitos, das grandes decisões, lutas e conquistas institucionais. sobre o que criamos e fazemos realizar. no dia-a-dia com os usuários, com as crises, com as famílias, com os empecilhos e embates das redes de

atenção e proteção social, as nossas inventividades clínicas e criações de possíveis e também de abertura de impossíveis como ver Clara dançar.

Por tanta complexidade e riqueza neste conceito-chão encontradas, pede-se igual apreço em sua lida. Entender a dinâmica de um território, compreender as relações que ali se fazem de articulação e sobrevivência é compreender as produções de seus modos de vida. Quando políticas públicas mal planejadas achatam um território a um lugar geograficamente físico e o recortam como colonização, muito produzem de desterritorialização e apagamento dos agenciamentos territoriais ali constituídos.

Em uma minuciosa e sistemática revisão bibliográfica acerca das publicações oficiais e literaturas científicas em Saúde Mental que mencionam ou conceituam o território, Furtado et al (2016) problematizam o uso e suas implicações práticas na vida dos usuários, confrontado com o conceito de território da Geografia Crítica. Os autores concluirão que prevalece o usufruto do conceito de forma funcional, pouco crítica e algo idealizada, como se o território comportasse apenas as soluções para os problemas da vida das pessoas e algo ortopédico, como se a direção fosse mais unilateral, no sentido de reinserir os sujeitos em seus habitats, sem considerar a também necessária atuação para transformação desses espaços enrijecidos. Ao nos indagarmos sobre qual a real relevância dada ao território pelas redes de atenção à Saúde Mental, paramos para observar o quanto nos interessamos pela relação dos sujeitos que assistimos com o espaço que habitam e circulam – ou não. O conceito ganhou mais notoriedade no campo através da Reforma Psiquiátrica e do abandono das práticas asilares, mas sua adoção não garante efetividade de práticas emancipatórias e inclusivas. Assim, entendendo os usuários da Saúde mental muitas vezes como parte dominada nas relações de poder,

Partimos do pressuposto de que negligenciar as questões de poder e disputa presentes no território, diluí-lo numa noção vaga e instrumentalizá-lo como divisão territorial do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ter implicações relevantes para os egressos de longas internações psiquiátricas e demais pessoas com transtorno mental grave (FURTADO et al, 2016, p. 3).

Segundo os autores, a grande contribuição de Milton Santos é engordar o conceito de território para suas diversas dinâmicas vivas nas interrelações entre política, cultura, pertencimento, uso do espaço e poder, não só entre fronteiras geoespaciais mas também nos limites dos corpos. O território, então, será sempre considerado através da materialidade do espaço e o uso que dele é feito pela ação humana, num processo histórico e social. Sendo assim, estar na comunidade não equivale a estar inserido na dinâmica territorial, tampouco a ter seu conhecimento. Há uma publicação do Ministério da Saúde de 2005, intitulada “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”.

Nela, há uma passagem bonita e inspiradora acerca da diferença entre trabalhar na comunidade e com o território, porém idealizada, deixando escapar facetas também importantes e emergentes no mesmo. A saber: “Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 25).

Como pudemos ver, ignorar os aspectos excludentes, de poder de um dado território é também ignorar algo de fundamental no entendimento deste conceito, que os sujeitos forjam e são forjados por essas relações, multivetorialmente. Cartografar esses vetores de homogeneização, de apagamento das diferenças é parte intrínseca ao trabalho em Saúde Mental para transformação social. Afinal, “a luta pela liberdade está associada à luta pelos recursos que possibilitam as trocas sociais, sob o risco de restituir os excluídos a uma vida exclusa” (FURTADO et al, 2016, p. 10). Os autores finalizam alertando para os riscos da abstração das relações de poder no território, com vias a uma possível negligência do cuidado pela reinserção social sem considerar toda sujeição a normas e formatações a que os ditos loucos estarão sempre impelidos a se encontrar.

Ao abrandar a capacidade crítica e analítica dessa concepção, omitindo a caracterização do verdadeiro (des)encontro entre pessoas com sofrimento mental grave e o espaço urbano e social na sociedade brasileira contemporânea, tanto o campo científico quanto o burocrático tornam ainda mais vulneráveis e fragilizados os trabalhadores dos serviços e seus usuários. Para aqueles que tentam se inserir socialmente, é imenso o risco de sujeição a valores e comportamentos hegemônicos (idem).

A portaria 336/02 institui o CAPS como organizador da demanda de Saúde Mental de seu território adscrito, bem como a responsabilizar-se por sua rede de cuidados. Não único responsável pela assistência em saúde mental de toda população de seu território de abrangência, pois não se opera função CAPS sem rede articular. O CAPS é pensado e proposto, desde sua criação, como um serviço que funcionará em rede, intra e intersetorial, com uma gama de serviços que dêem conta, cada um à sua maneira e especificidade, das demandas diversas em saúde mental de uma população, inclusive no que tange às variadas formas de atenção que a lógica psicossocial pode ofertar, não se reduzindo a um único espaço físico com restrição das ofertas terapêuticas limitadas a um equipamento.

Perceber que o território é vário, mutável, em constante transformação também influi na lógica de atenção, por estar em relação sempre dinâmica com o território onde se insere, sendo necessários mapeamentos e atualizações do entorno e reavaliando quais demandas se forjam em cada contexto que se difere. Por ser território vivo, pessoas se modificam, modulando as

relações comunitárias e o que se pode ou precisa fazer com isso. Historicamente recente, constituíram-se na cidade referida novos bairros, formados por programas sociais de habitação, por exemplo. Com o avanço da urbanização, a maior proximidade (no encurtamento das barreiras sociais) com a capital, políticas sociais mais diluídas e aumento da vulnerabilidade social, observamos também a chegada do tráfico na região e a disputa por domínio de territórios entre comandos de poder paralelo. A nova socialização de determinadas comunidades na relação com a polícia, com um cotidiano mais armado e violento correlacionou-se com a chegada de novos casos ao serviço já referentes a estes conflitos. Assassinatos à luz do dia e à queima roupa de mães e filhos e os novos sofrimentos psíquicos que surgiram a partir daí, cenários até então desconhecidos pela equipe do caps, até mesmo por equipamentos da rede de proteção social, exigindo novos arranjos de intervenção e de cuidado: baseados, radical e necessariamente, na lógica de um território e em seu mapeamento e conhecimento. Com isso, demandou-se maior aproximação com as equipes de saúde da família, algumas vezes únicas a terem acesso maior àquele espaço social. Assim e em acordo com Yasui (2006), tomamos território como

Memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar. Relação que surge dos modos de apropriação e de alienação deste espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos. Modos múltiplos, contíguos, contraditórios. Modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas. Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar (p. 118-119).

Pensar, então, a formação e organização de um CAPS em territórios de absolutas diversidades, como as culturais, geográficas e sociais, considerando a paisagem se urbana ou rural, ou ribeirinha, ou quilombola, ou indígena, ou no asfalto ou na favela - inclusive sob as condições de acesso que a (e cada) população terá ao serviço - implica reconhecer as singularidades e necessidades de adaptação de cada equipamento implementado. Mais uma vez, justifica-se esta cartografia num mergulho algo inespecífico de um CAPS situado contextualmente no tempo e no espaço, visto a impossibilidade de generalização analítica dos CAPS pelos territórios nacionais.

Se, como nos adoça Santos, “o território é onde vivem, trabalham, sofrem e sonham todos os brasileiros” (2002, p. 48, apud YASUI, 2006), é também onde “(...) se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado” (YASUI, 2006, p. 119). Nesse sentido que tanto ficamos atentos ao poder

disciplinador de nossas intervenções, principalmente nas que se inserem significativamente nos territórios de vida dos usuários que atendemos. Nas visitas domiciliares, conjuntas com outros equipamentos da rede, tantas vezes invasivas e de potencial controle destes corpos. Não queremos incidir como vigilantes ou tutores, nem negligenciar o cuidado às vezes necessário ou mesmo aproximações outras que facilitem o vínculo e mesmo a contratualidade social. Entretanto, é importante sempre termos em atenção que adentrar o espaço do outro implica em efeitos que podem escapar das nossas “melhores intenções”. Mais uma vez, a corda bamba entre o cuidado e a tutela e o controle.

Quando entramos em contato com experiências exitosas de boas práticas no SUS, parecem falar mais baixo as normas e diretrizes gerais de regulação macropolítica do que aquilo que se opera no desejo e nas interrelações profissionais e de gestão local em fazer um serviço de qualidade, acessibilidade e responsabilização, baseadas muito mais na inventividade e porosidade com o território, que nas normativas gerais e protocolares. Digo isso também para valorizar as experiências locais como autônomas e potentes, naquilo que ainda independem ou não se deixam esmorecer por completo na tentativa de desmonte em larga escala. Por fim, concluímos que:

O conceito de território é, assim, um objeto complexo que deve ser abordado também na perspectiva de se libertar o conhecimento local, advindo das necessidades locais, das realidades locais. O conhecimento local expresso nas práticas cotidianas, heterogêneas, é o conhecimento que contribui na produção de sentidos, para uma nova semântica do território e de seu viver (YASUI, 2006, p. 121).

REDE

Nenhum aquário é maior do que o mar

Lenine

Entrar em contato com as experiências de intervenção na Casa de Saúde Anchieta (Santos/SP) pela ótica sensível de Kinoshita (1997) faz reverberar diversos pensamentos e construções conceituais de chão pisado e mãos nas obras de tudo que foi nos trazendo até aqui. Sempre muito interessante esse reencontro com as experiências mais antigas e tão viscerais e enérgicas que contagiam até hoje, por vezes fortalecendo e recriando sentidos. O autor refere a importância de criação de novas formas relacionais entre todos os envolvidos na instituição para que fosse possível modificar a forma de tratamento ofertada aos pacientes. “Estabeleceu-se como estratégia um processo intenso de grupalização, mediante reuniões, assembleias etc” (KINOSHITA, 1997, p. 69). Interessante perceber as origens de nossas

práticas de organização do trabalho e como elas têm fundamento. Um equipamento de saúde mental necessita esse processo de grupalização - não só entre ou para os usuários! É importante forjar meios para que esse efeito se dê no nosso cotidiano, fomentando maior troca - inclusive afetiva - entre todas as pessoas envolvidas nos cuidados, pois é um trabalho extremamente sensível e perturbador, necessitando de corpo coletivo para suportar e criar esse fazer contínuo. Como intertexto e lacre para a desenvoltura de um conceito mais ampliado de rede, que começa inicialmente com a trama tecida entre as pessoas envolvidas no cuidado, trago esta citação-ponte-costura de Leal e Delgado (2007), na qual

A noção de rede, assim como a de território, deve ser igualmente tomada em sua dimensão política, social e afetiva. De fato, as redes são as linhas que preenchem o território. Por isso, devem ser pensadas como fluxos permanentes que se articulam e desarticulam. Essas duas noções redefinem a ideia de clínica. Introduzem a possibilidade da construção de um campo de conhecimento sobre o homem que não o dissocia da sociedade que o constitui (p. 5).

Na verdade, ao nos depararmos com essas primeiras experiências de desinstitucionalização, tão recheadas de princípios e diretrizes seguidas até hoje, damo-nos um pouco de conta de coisas básicas e fundantes que por vezes escanteamos. Como exemplar, trago essa interface dentro/fora tão necessária ao processo de reforma quanto aos serviços territoriais cotidianamente. “A ‘reativação de subjetividades’ desdobra-se numa necessidade de ativação de recursos da comunidade” (KINOSHITA, 1997, p. 71). O que chamo atenção, sem pretensão de ineditismo, é o quanto temos nos apartado de nossos pilares e sentidos que miram, sobretudo, na intervenção social e liberação de fluxos de pessoas, idéias, cultura e pensamento pela porosidade de qualquer muro institucional. Essa é a reforma antimanicomial. A que desencerra o trabalho de seus limites físicos e que aposta na circulação e ocupação dos espaços por todos, numa construção de cidadania dentro da necessidade de cada contexto e na singularidade de cada caso, sempre flertando macropoliticamente com os entraves estruturais que se interpõem.

Faz pensar, também, que a reforma sempre foi proposta em sistemas de serviços, que atualmente chamamos de rede, no que se instituiu na própria RAPS. E o quanto esse objetivo vai se tornando difícil à medida em que pensamos no cuidado em saúde mental menos sistematicamente e nos encapsulamos mais. O autor reforça a importância da prontidão e eficiência das respostas do serviço aos usuários (que o mesmo nomeia como pacientes e familiares, visto que são ambos usuários do serviço) e a plasticidade das ações como suporte para as crises. Refere que isso teria relação direta com a credibilidade do serviço para seus usuários, na transição do modelo hospitalocêntrico para os serviços substitutivos. Todavia, a

escassez de recursos concretos para disponibilidade de respostas 24h por dia, nos sete dias da semana em municípios de pequeno porte e com rede insuficiente de atenção psicossocial, somada à baixa eficácia de uma cultura antimanicomial junto à sociedade, faz aumentar as angústias e demandas constantes por internações hospitalares (ainda que em leitos credenciados de saúde mental) ou consultas psiquiátricas, reduzindo a estas muitas vezes como única atenção à crise que responda aos pedidos originais de familiares ou mesmo da sociedade, em geral.

A despeito do centramento das respostas e esforços de atenção às crises, o autor nos convida a relembrar a importância do investimento nos projetos de vida dos sujeitos assistidos; em todo o restante de sua vida, para além de momentos críticos, numa inversão de prioridades clínicas. Destinar mais tempo de nossas ações de cuidado para pensar junto ao usuário alguma ampliação de sentidos de vida, para além da doença que o reduz. Que assim também ele possa ser sujeito de si e considerar outras saídas para suas questões vitais, inclusive em outros espaços, não mais centrados na crise ou na psiquiatrização e psicologização de sua existência.

Mesclando raízes e interpretações etimológicas, Kinoshita (1997) vai entender o conceito de território menos associado à terra e mais a terror, domínio. Assim, um “(...) terreno onde alguém produz sentidos e significados, território para alguém” (p. 73). Território, então, referir-se-á, sempre, a um alguém, a uma relação de pertencimento, de história, de mútua interpelação. É ali que os sujeitos responsáveis pelo cuidado de dado usuário poderão encontrar recursos terapêuticos comunitários e que, principalmente, façam sentido para quem se quer cuidar. O território não é qualquer *socius*, um lugar esvaziado de sentido. É uma zona de afetabilidade, podendo ser um potencial de recursos a serem explorados e histórias resgatadas. Quando, é claro, se tem disponibilidade para tal. Uma equipe reduzida e sobrecarregada, ocupada em apagamento de pequenos incêndios diários por toda parte, não estará disponível a essas incursões territoriais - que é algo diferente de realizar ações fora do CAPS, como contratualidade social e visitas domiciliares e hospitalares, por exemplo.

Obviamente que para isso ser possível – sem que se desconsidere a importância que tem para esses pacientes o vínculo com o serviço e com os profissionais que os tratam – é preciso que pensemos essas instituições funcionando em rede. Rede, neste caso, deverá ser tomada como um conceito que implica ligação, articulação viva entre as instituições, processo no qual ao longo do tempo se produzem encontros e se operam separações, mas principalmente se dá movimento. Isso significaria a possibilidade de rearticulação de encontros permanentes entre os vários atores em cena (LEAL & DELGADO, 2007, p. 9).

Na inspiração do modelo santista, vemos a formação de uma rede amplamente substitutiva e complexa, contando tanto com os NAPS 24h quanto com outras unidades espalhadas pela cidade centradas especificamente em reabilitação social e cultura, por exemplo.

O que nos faz remontar essas graves lacunas que deixamos se perder, face à primazia dos CAPS como dispositivos centrais e tantas vezes únicos na assistência em Saúde Mental de uma população. Assim, fica mais evidente a percepção da impossibilidade de um serviço enxuto dar atenção a frentes tão amplas e distintas e que furos vários aparecerão, desenhando formatos cada vez mais achataos de cuidado, numa reinversão prioritária da faceta doença-crise em detrimento a todas as outras instâncias do sujeito e sua interface com a vida, como a cultura, o território, a autonomia, contratualidade social, trabalho, moradia, sociabilidade, etc.

Importa entender a vivacidade e visceraldade da rede em movimento, que vez ou outra operará fissuras e religações, o que também significa que os usuários poderão e deverão circular por diferentes espaços de abordagem e terapêutica, em acordo com a modulação de seu estado atual e de sua demanda de tratamento. Perceber os diferentes pontos da rede como espaços de ir e vir, de passeio, de livre acesso, sem que demande um encaminhamento ou que este signifique uma passagem definitiva do caso.

A Reforma Psiquiátrica, por sua ruptura com o paradigma psiquiátrico na forma de entender o sofrimento e o sujeito e, consequentemente, pela maneira de operar o cuidado, complexificando-o, irá incluir outros atores e disciplinas na cena. Daí o quanto ela é instituidora de um novo paradigma civilizador. Não apenas em termos da rede substitutiva de serviços ou da forma de tratar a loucura, mas da subversão paradigmática que opera em toda lógica médica e hospitalocentrada, baseada na razão científica absoluta, agora focada na complexidade dos sujeitos envolvidos: com suas incertezas, imprevisibilidades, incompletudes - uma multiplicidade. Por isso a importância deste eterno retorno em nossas bases destrutivo-construtivas, da complexidade do movimento que a reforma inaugura e toda a colcha conceitual necessária para constituí-la e sustentá-la. Por isso o esforço em recriar alguns elos clássico-contemporâneos que nos ajudam a reengravidar de sentidos e criar novas saídas e instituições inventadas. Assim, a clínica do risco também estará presente, pois é com ele que nos aventuramos na magnitude da lida com a loucura. Abandonar ou querer extirpar esta dimensão é jogar fora o bebê junto com a água do banho. É endurecermo-nos nas classificações de riscos e de intervenções, perdendo a capacidade inventiva e singular de que o cuidado necessita. Para tal, Yasui irá defender que o CAPS

(...) deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. (...) A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a

trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho (YASUI, 2006, p. 107).

07/12/22

quantas perspectivas cabem em uma reunião?

A equipe do CAPS havia combinado, em supervisão e a partir de uma necessidade coletiva, de fazermos uma reunião geral, com toda a equipe - incluindo a psiquiatra que nunca consegue estar, devido ao dia da semana - para discussão de casos e processos de trabalho. Marcamos com duas semanas de antecedência, para que todos pudessem se organizar e mudar suas agendas. Assim foi feito. De repente, uma semana antes, nos foi comunicado pelo grupo de whatsapp que a reunião seria com a Atenção Básica, na Secretaria de Saúde. Como foi um informe virtual e direto, cada um achou que fazia sentido pro outro e que talvez fosse o único a ter perdido alguma coisa. Muito nos surpreende quando, no dia marcado com a equipe praticamente inteira no CAPS - com 4 técnicas tendo mudado seus dias para estarem presentes - percebemos que ninguém havia entendido, concordado ou mesmo participado da mudança da proposta. Na reunião de início de turno, tentamos entender do que se trataria, então, esta nova reunião, que continha também a equipe do ambulatório de Psicologia. Estávamos sem coordenação e, como de costume, muitas coisas foram ditas entre nós, sem ser verbalizada em questionamento para a gestão. Achávamos um desperdício toda a equipe disponível no mesmo dia, desejante de discutir nosso funcionamento e com muitos casos precisando ser trocados com a psiquiatra, por uma reunião geral que mal sabíamos o que faríamos lá. Por fim, a supervisora nos informou - também pelo grupo do whatsapp e após eu finalmente dizer que não estávamos entendendo aquela modificação - que seria para discutir a nova ferramenta de avaliação dos casos de Saúde Mental na Atenção Básica. Enquanto isso, uma psicóloga do ambulatório chegou no CAPS, com entendimento de que a reunião seria lá, para discutirem o novo protocolo de grupos de recepção e acompanhamento do ambulatório a serem feitos nas UBS. Até então, ainda achávamos óbvio que ao menos o coordenador de Saúde Mental estaria presente, mesmo não sendo seu dia no município, como também não era de algumas de nós. Foi quando soubemos, em cima da hora, que ele também não iria... Contrariadas e desconfiadas, seguimos o combinado. Chegando no local, encontramos a sala cheia de enfermeiras da AB, nossa supervisora, duas psi do ambulatório e a equipe do CAPS em peso. É quando começa um mal estar, um clima de agressividade direcionada a qualquer outro, uma revolta vindo das enfermeiras. Que entenderam estar ali para negar a proposta - que também não era essa - de realizar os grupos "da Saúde Mental" para desafogar a nossa fila de espera. Eram ruídos atrás de ruídos, infinitos atravessamentos e rombos de comunicação, até conseguirmos todas - éramos apenas mulheres - dizer o que cada grupo tinha entendido como pauta desta reunião. Foi constrangedor, difícil suportar até dissolver tantos desentendimentos e lembrar que não era contra ninguém ali, mas fruto de tamanhos abismos comunicacionais. Foi bonito, ao fim, perceber que estávamos em comum objetivo de fortalecer a rede, diminuir nossos hiatos, nos aproximarmos e construir soluções coletivamente e não apartadas de algum setor, parecendo ser impositivo. Precisamos voltar alguns passos atrás, reconstruir a partir do caos para seguir um pouco mais alinhado, com sentido comum e mais chances de ser efetivadas quaisquer propostas de articulação da rede.

Afinal, a rede não nasce por geração espontânea - precisa ser cultivada, regada, readubada, dia a dia - parafraseando nosso mais novo presidente diplomado, num salve à democracia após um intenso período de trevas.

Yasui (2006) brinca com os diversos usos que a palavra rede pode servir, seja para descansar, para proteger, para amparar, para escalar, para comunicar, mesmo para pescar. Alerta também que pode ser utilizada como armadilha, como emaranhado aprisionante e de difícil escape. “Mas ainda bem que redes assim, dificilmente capturam o vento das idéias” (p. 147). Penso na rede de suporte em Saúde Mental contando tanto com os diversos serviços e equipamentos intra e intersetoriais, quanto com os recursos comunitários, e principalmente com a rede afetiva que construímos para sobreviver e mesmo para viver melhor, sejamos trabalhadores, familiares, ou usuários. Redes de relações, redes-polvo que acionamos e desligamos quando se fazem necessárias, que nos tornam tão mais autônomos quanto mais elos de ligação sejamos capazes de contar, que nos independam de apenas um ponto central. Neste momento, nos aproximamos muito do conceito seguinte a ser complementado, pois operar a rede urge exercitar a intersetorialidade, necessariamente.

INTERSETORIALIDADE

*Eu fui aparelhado
para gostar de passarinhos
Tenho abundância de ser feliz por isso.
Meu quintal é maior do que o mundo.*

Manoel de Barros

A intersetorialidade - eixo fundante e fundamental de nosso arcabouço teórico e prático ganha maior relevo na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que traz um campo específico para discuti-la. Em seu relatório final, conta que

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território (SUS, 2002, p. 54).

Na sequência, a próxima conferência já traz em seu nome essa agregação, com o título de IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, demarcando a afirmação desta diretriz política. Todavia, sabemos os desafios que se interpõem num trabalho intersetorial, integrando políticas distintas que nem sempre conversam entre si ou possuem disponibilidade prevista para tal em suas agendas. O que conseguimos na maioria das vezes, para além dos

protocolos, é articular ações a partir da necessidade dos casos. Com a construção de encontros pessoais entre os profissionais dos equipamentos envolvidos para formular saídas conjuntas, acaba-se conhecendo e aproximando cada vez mais do trabalho do outro, o que facilita futuras articulações mais institucionais.

Lancetti (2006), acerca de suas experiências peripatéticas e intersetoriais de incursões clínicas no território, principalmente na atenção a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, aborda o elemento “surpresa” enquanto estratégia de chegada e alcance aos usuários. Disserta sobre a importância de chegar em uma residência, reunir uma família e escutá-la, interessando-se por ela, como coisa rara ou inédita. Mas vemos também, talvez por tratarmos aqui sobre municípios de pequeno porte, como algumas famílias são multifocadas por diversos aparatos do Estado, seja pela saúde, educação, assistência social e até mesmo pelo poder judiciário, numa mistura de cuidado, tutela e controle da vida de pobres, sobretudo. Em nossa experiência mais cotidiana, chama a atenção o incômodo e receio de exercícios de poder e controle sobre algumas famílias que assistimos, principalmente estas, focos das várias políticas públicas, que circulam nas discussões de caso intersetoriais.

Mas o autor destaca também a intervenção da surpresa que os terapeutas recebem de seus usuários, do inesperado, de uma adesão à proposta terapêutica no fio da navalha entre vida-morte, daqueles que menos demandam e de quem menos se espera. A sustentação desta mútua surpresa seria a negativa do suposto saber, não havendo nada a priori que garanta o sucesso clínico nem nenhum saber sobre o sujeito que não pede ajuda ou que, no limite, parece não querer viver. Não há prescrição para esses casos. Por isso a articulação de saberes e funções faz gerar criações mais apropriadas, mais criativas e menos protocolares. Há mergulho de encontro, tentativa, aposta, investimento afetivo e desprendimento clínico. “É, no nosso entender, um paradoxo: poder médico, sanitário, poder de polícia médica e potência de afetar e de ser afetado” (LANCETTI, 2006, p. 103). Habitamos e exercemos um trabalho e cuidado paradoxais.

Paradoxal porque sustenta a vida como defesa e impede o curso esperado da morte, porque de uma ou outra maneira toma as rédeas da existência. Paradoxal, porque busca, ao mesmo tempo, monitorar um percurso e esperar, paciente, pelo advento de alguma raridade que gere um elemento mínimo e inédito de autonomia (idem, p. 106).

Considerando os recursos locais, frente às sugestões que nos são dadas, seja em textos ou em fóruns de debate, por exemplo, nos deparamos com algumas limitações do território no que tange a recursos culturais, de emprego e lazer. Justamente parte importante das queixas e adoecimentos da população, como a falta de perspectiva de vida e um grande fechamento de horizontes na cidade. Lembro-me, em contrapartida, de algumas oficinas externas que

acompanhei enquanto residente em um CAPS III na cidade do Rio de Janeiro, incluindo a piscina de um centro cultural onde fazíamos natação; a biblioteca pública do estado, onde também podíamos acessar vídeos em salas bastante ricas de recursos; a quadra poliesportiva onde realizávamos eventos de rap junto com a comunidade. Isso tudo dentro de uma grande favela da cidade: um território pulsante, cheio de vivacidade, impulsiona a porosidade do serviço, a incursão e exploração territorial. E o contrário parece, por vezes, inevitável.

Yasui (2006) irá argumentar pela intersetorialidade como importante função de demarcação do CAPS enquanto estratégia, não como encerramento em um serviço. Entende, em conformidade com este trabalho, que a responsabilidade pela organização da demanda em Saúde Mental de um território não lhe autoriza ou isola como único agente desta feita. Pois

A organização de um CAPS que assume isoladamente a responsabilidade de “dar conta” de toda a demanda e toda a complexidade da vida do sujeito é muito semelhante à proposta pretensiosa e autoritária do Hospital Psiquiátrico. Um CAPS, assim, transforma-se em mais uma “instituição total”. O processo de organização do trabalho deve seguir a lógica do território, entendido aqui, também, como o desafio da intersetorialidade, que pode ser considerado como uma espécie de vacina contra a tendência onipotente dos serviços que querem cercar a vida do usuário de todos os lados, tornando-o um usuário-dependente de CAPS (p. 146).

Muito interessante a imagem que cria da intersetorialidade funcionar como vacina aos modos encapsulados e sobrecarregados e ineficazes de tomar para si a resolução dos agravos em Saúde Mental de uma população. O autor reverencia a frase musical utilizada em cartazes da Luta Antimanicomial, onde “há tanta vida lá fora... aqui dentro, sempre...” de Lulu Santos. Penso na potência de resgatar a arte enquanto produtora de aberturas de sentidos, de sensações, de experimentações de outras paisagens, texturas, sonoridades, pensamentos. Da mesma forma que a utilizamos em nosso cotidiano da vida pessoal, como recurso de ampliação da vida. Inserir mais e diferentes recursos artísticos no cotidiano do CAPS, não como prescritores protocolares, mas como reafinações da experiência. Lembrar a potência que pode ser um passeio por lugares novos, ainda que não distantes.

Ficamos um pouco órfãos de chão e paisagem quando nos mudamos de endereço, de um sítio em uma área rural um pouco mais afastada para uma casa mais acessível no centro da cidade. Lá, fazíamos caminhadas diárias com os usuários, estávamos o tempo inteiro no espaço externo do equipamento, habitando mais a horta, o campo, o sol, em espaços mais porosos com o meio, onde a vida estava mais introjetada e misturada com o entorno natural. Mas há que se aproveitar os recursos da cidade, ainda que tenhamos que descobrí-los juntos. Ou inventá-los. Acontece que, assoberbados e engolidos pela roda gigante do mundo, pouco conseguimos nos dar conta da riqueza de algum ato de cuidado simples que produzimos, como cozinhar juntos,

jogar capoeira, pegar frutas no pé, colher a horta, dançar um forró, cantar junto uma sofrênci, tomar sol em dias de frio. Isso tudo num entre-tempo de ações que tendemos a qualificar como mais importantes, por mais sérias, ou difíceis, ou custosas. Ou mais reconhecidas como ações de cuidado, prescrito.

Assim, como diria a poeta Rita Apoena: “Não é que o mundo seja só ruim e triste. É que as pequenas notícias não saem nos grandes jornais.” Idéias que adiam o fim do mundo ou que tornam um pouco mais doce e sorridente um dia que poderia ser outro qualquer, como juntar as crianças e adolescentes do Serviço de Acolhimento Institucional com os usuários do CAPS em um carnaval que vira karaokê com ensaio de bateria é de um elemento surpresa que não se pode prescrever ou mesmo supor. É na aposta mesmo da promoção do encontro, de ver o que dá jogo e colocar nosso corpo no mundo também. Poder outrar-se com vários outros diferentes é também às vezes mais fácil, ou mais saboroso.

COTIDIANO

“Redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida, é produzir uma outra temporalidade, resgatar sua relação com o passado e o futuro, potencializar a vontade de fazer história” (YASUI, 2006, p. 150-1). Durante minhas leituras acerca da clínica do cotidiano, a nova assistente social da equipe “descobriu” um talento de um usuário do CAPS e morador da RT que nunca havia aparecido antes: cantar. Captou por interesse legítimo e desprovido de busca por encontrar algo fundamental, em uma conversa despreocupada e curiosa, dessas que costumamos ter na vida. Ele citou um amigo que costumava visitar e ela ligou para o mesmo, perguntando o que faziam juntos. A resposta foi: cantar! Ela, então, convidou os dois para uma apresentação na festa julina, chamando também a mãe do usuário, que reclamava que o mesmo “só fazia cantar”, numa esperança de que algo dessa relação solidificada pudesse se modular, num deslocamento de lugar ocupado por ele: apresentando-se. Produzindo atração e interesse, sendo interessante, tendo um lugar, outro.

Excertos cotidianos de construir história. Nosso cotidiano é nosso centro do mundo, embora não saia no jornal (apesar de às vezes até sairmos!). Afinal, “Buscando encontrar a Verdade definitiva sobre os mistérios da natureza e do homem, a ciência encontra apenas verdades provisórias, limitadas. Buscando encontrar imutabilidade, determinações e simplicidade, encontra instabilidade, caos e complexidade” (YASUI, 2006, p. 186). O autor afirmará todo conhecimento como local e total, imbuído de autoconhecimento. Inclui o fator

autoral na produção de conhecimento, por estarmos conectados àquilo que estudamos, aproximando a ciência da literatura. Constitui-se um conhecimento perspectivo e fundador de saber prático. Esse é o objetivo da pesquisa, necessariamente ligada ao nexo da produção “útil” ao campo e não genérica ou totalizante. “Tenta, pois, dialogar com outras formas de conhecimento, deixando-se penetrar por elas. E, de todas, a mais importante é o conhecimento do senso comum, o conhecimento vulgar e prático que orienta as nossas ações no cotidiano e dá sentido à vida” (p. 94).

As dimensões categóricas da desinstitucionalização, desde a desospitalização (de retirada responsável e cuidadosa, com suporte psicossocial de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos para viver em comunidade) até as formas atuais de constante movimento para não repetirmos práticas manicomiais (respeitar a autonomia do sujeito, aumentar a porosidade dos serviços com o território e atuar diretamente na sociedade pela não estigmatização de pessoas com transtornos psíquicos e usuárias de serviços de saúde mental) continuam presentes em nossa clínica e cotidiano, não sendo então uma meta a cumprir, um local a alcançar, mas movimento de atenção e atuação constantes. Por isso, a importância da categoria “cotidiano” incluída neste acervo de conceitos-ferramentas, pois talvez esteja aí aquilo de mais sutil, trivial e revolucionário da nossa clínica.

Leal e Delgado (2007) consideram que

Quando a atenção psicossocial toma a saúde como mera adaptação do sujeito ao meio e predetermina os objetivos a alcançar, adota uma orientação puramente normativa que se faz a partir de abordagens de fora da pessoa, desconhecendo a particularidade desses indivíduos (p. 3).

Os autores traçam uma importante discussão, referida à Canguilhem sobre o normal e o patológico, no que tange às formas de entendimento que tecemos acerca das “patologias” dos usuários que assistimos. Entendê-las como patológicas por si só, traz facilmente a busca de aspectos “normais” como expectativa de reabilitação. Ao passo que perceber a dimensão de algumas impossibilidades que foram determinadas justamente pela relação com o meio, na dificuldade de operar uma relacionalidade padrão, ajuda-nos a olhar para a singularidade e perceber os modos de vida como diferentes e também por isso potentes naquilo que lhes é possível. Esperar que alguém se adapte a um meio com as condições normativas que o meio lhe impõe é ortopédico e opressor, além de pouquíssimo propulsor de êxito e bem estar. Entender o que compõe o mundo das pessoas que assistimos, quais suas condições e funcionalidades, suas perspectivas e formas de estar no mundo é uma via de relação mútua, que facilita um maior intercâmbio de afetações, na perspectiva de transformação da sociedade já embutida em nossas

práticas, com vistas a um novo lugar para a loucura e também para revermos nossas formas neuróticas e adoecidas de existir.

Da mesma forma, perceber os cotidianos muitas vezes empobrecidos dos usuários, esvaziados de relação com o mundo mesmo frequentando os serviços como o CAPS - que visa justamente ampliar as relações, proporcionar mais interações sociais e horizontes de perspectiva de vida e prazer de estar no mundo - nos liga um alerta do que podemos estar também contribuindo para suas institucionalizações. Os autores nos dirão que “O cotidiano é o ‘mundo de vida’, é o lugar de existência de todos nós. Único lugar possível de existência para todos nós, lugar de vida feito de heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos modulados pela especificidade dos interesses de seus protagonistas” (LEAL & DELGADO, 2007, p. 6). Uma dimensão que nos ajuda a não olhar tão taxativamente para “o cotidiano oco” dos usuários que frequentam nossos serviços, percebendo que a forma como olhamos para suas vidas é repleta daquilo que constitui a nossa própria vida, com as nossas marcas biográficas e dentro dos nossos parâmetros de normalidade que também regem nossas percepções e expectativas sobre o outro. Poder olhar para suas existências mais despidos de nossos conceitos, mais curiosos para enxergar aquilo que não se conhece e genuinamente interessados, favorece um encontro mais potente e também mais singular, porque centrado na diferença.

Outra relevante prática que escancara um pouco essa fragmentação do nosso olhar balizado por certos padrões, inclusive patológicos, é a escrita de evolução nos prontuários. Muitas vezes elencamos aspectos psicopatológicos e mesmo biomédicos para descrever os atendimentos e registros de ações, dando mais relevo a pequenas observações circunscritas a esses aspectos e menos elementos da ordem do cotidiano, da pluralidade, dos pequenos gestos, de suas formas de expressão, de novas facetas percebidas e conquistadas. Para usuários que frequentam o serviço há mais tempo, os registros tendem a ficar inclusive cada vez mais reduzidos a informações básicas, quase restritos a notificações de presença, consultas psiquiátricas, medicações em uso, etc. Pensando em alguém que poderá ter acesso a esses arquivos posteriormente, em mudanças de equipe ou mesmo para fins de estudo, a existência daqueles sujeitos fica reduzida e legitimada por nossas rasas percepções escritas.

Em tais casos, o CAPS deverá ser posto em questão junto com o paciente. A tematização do encontro que se operou entre o serviço – seu cotidiano e sua clínica – e o paciente – sua forma de ser e estar no mundo – nos permitirá suportar a tese da responsabilidade pelo tratamento dessas pessoas nos territórios em que vivem e nos ajudará a manter sob questão o postulado de abandono de tratamento (pelo paciente), porque insuficiente para refletir a complexidade das situações que nós, trabalhadores e pacientes, experimentamos (LEAL & DELGADO, 2007, p. 10).

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Considerando o que há de comum no cotidiano dos CAPS, penso ser a construção de projetos terapêuticos para seu público. Projetos móveis, híbridos, volantes, que contemplam as necessidades dos sujeitos que demandam tratamento, sejam indivíduos ou coletivos, e que estejam contextualizados com os territórios vivos dessas pessoas, sendo as ofertas terapêuticas os resultados desse imbricamento. Todavia, aí está o plano das idéias e Yasui nos lembra do desprendimento necessário para tal concretização.

Apenas uma solidária e despojada atitude de diálogo, de muito diálogo, pode começar a contemplar esta complexidade. (...) A concretização desse projeto implica em uma maior responsabilidade de cada profissional, não apenas nas decisões e nas competências para o projeto de cuidados, mas também na gestão do serviço. Isto implica, de outra parte, uma flexibilidade na execução de tarefas distintas e intercambiáveis (YASUI, 2006, p. 138).

Temos em vista os diversos desafios que se apresentam na construção, execução e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular. Sejam entre as divergências na equipe, entre o técnico de referência e o usuário, com a família e mesmo os entraves com as redes territoriais de suporte. Muitas vezes, a própria resistência do usuário em comparecer ao serviço ou dar prosseguimento às atividades combinadas. Mas talvez o obstáculo mais comum e básico esteja na construção conjunta deste projeto, que possa de fato considerar os desejos e possibilidades do principal sujeito envolvido: o usuário. Muitas vezes vemos assemelhar-se o PTS a um quadro de atividades ou dias a serem frequentados no serviço, de forma vertical e elaborado em mão única, de equipe para usuário/coletivo. “Isto porque o trabalhador tem um modo singular de significar o que é o cuidado e tudo o que cerca sua prática (...). Enfim, o modo como ele produz para si a ideia de cuidado define a forma com a qual vai trabalhar efetivamente” (VASCONCELOS ET AL, 2016, p. 314).

Interessa também pensar a dificuldade para o usuário e seu núcleo familiar (que deve estar incluído no sentido coletivo do PTS), em aceitar uma proposta terapêutica ou mesmo confiar que algo possa ser feito no sentido de melhorar seu quadro clínico ou situação de vulnerabilidade psicossocial, tamanhas as complexidades e limites de vida que nos chegam. Muitas vezes, os usuários e familiares já carregam tons do impossível, por não suportarem mais o sofrimento ou já terem suas próprias teorias de si. Construir um projeto de tratamento conjunto, respeitando a autonomia e entendimento daqueles a quem assistimos, demanda confiança recíproca e bastante habilidade e revisão contínua, em cada retrato do caso. O que

nem sempre cabe nos tempos tão apertados que nós bombeiros de pequenos incêndios por toda parte lidamos e dispomos.

Participei, por cerca de dois anos, de um grupo de recepção em um CAPS AD em outro município, coordenado por mim e uma colega enfermeira. Os usuários que procuravam o serviço eram acolhidos inicialmente pelo profissional mais disponível do dia e encaminhados ao grupo de recepção, onde coletivamente entenderíamos melhor a demanda e construiríamos os melhores encaminhamentos, fossem para as ofertas terapêuticas do CAPS ou para serviços externos, mais adequados à demanda de cada sujeito. Elaborávamos, junto a cada usuário, uma proposta de PTS e de um técnico de referência, que em geral já iam sendo experimentados durante o seguimento da recepção. Apesar de constantemente conversarmos em reuniões de equipe que PTS não é sinônimo de grade de horários e atividades semanais dentro do CAPS, era basicamente isso que se estabelecia. Sempre foi muito difícil inserir outras ações e ocupações externas, de lazer, da cidade no Projeto Terapêutico. E isso tinha a ver com o que se produzia no encontro da equipe com os usuários.

Por outro lado, considero essa forma de acolher e recepcionar interessante, pela lentidão maior em obter propostas terapêuticas, com tempo para que pudesse haver conhecimento mútuo entre aqueles que chegavam e a equipe e suas atividades ofertadas, bem como pela construção de identidades e vínculos com os técnicos de referência, além da conformação coletiva para esta elaboração e garantia de um PTS inicial para todos que ingressassem no serviço. Já no CAPS em questão, por ser um CAPS I, de equipe reduzida e em um município pequeno, temos dificuldade em operar grupos de recepção. Os usuários muitas vezes se conhecem e sentem constrangimento em compartilhar suas questões e sofrimentos já de início coletivamente. Também por não possuirmos um quadro suficiente de profissionais, esse arranjo acaba não sendo possível. Todavia, me parece bastante profícua a ideia de organização de uma escala de acolhimento para que se possa cuidar melhor deste momento inicial da chegada do usuário, tão preciso e delicado, além de ajudar a otimizar a programação do dia.

Recentemente, recebemos a visita inesperada do Ministério Público, questionando diversas falhas do serviço, dentre elas a ausência das folhas com o PTS de cada usuário anexadas aos seus prontuários. Apesar da intervenção dura e de caráter exigente, este acontecimento nos bagunçou e trouxe à tona alguns furos importantes aos quais precisávamos dar mais atenção. A ausência, não das folhas físicas em anexo, mas da elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares junto aos usuários e suas famílias, construindo sentido conjunto do

tratamento, da demanda, das expectativas, dos limites e possíveis era algo que definitivamente precisávamos retomar.

A centralidade nos usuários, ao invés do enfoque em técnicas terapêuticas, pode transformar o PT em dispositivo para gerar reflexão sobre as práticas dos profissionais. Este passa a ser entendido como arranjo e dispositivo para produzir inovação, disparando autorreflexão sobre as práticas de saúde e os processos de trabalho dos profissionais, investindo numa coprodução de saúde e de sujeitos autônomos, para transformação do modelo de atenção à saúde (VASCONCELOS ET AL, 2016, p. 316).

Os autores vão notar que a diferença entre o PTS ideal e o real, o que de fato é exercido, dentro dos limites também das equipes e contextos, também nos serve como bom avaliador de como está o andamento das políticas de saúde no território, bem como a qualidade e possibilidade do cuidado ali proporcionado. Nesse sentido, ser capaz de refletir sobre nossas práticas, tendo em análise os furos e dificuldades em operar aquilo que elencamos como ideal e prioritário, traz capacidade de avanços e inovações.

Assim, de forma contextualizada, estes podem operar a mudança necessária no cuidado psicossocial, pensando alternativas e ações baseadas em novas tecnologias em saúde, como as relacionais, por meio de atitudes solidárias e acolhedoras, que considerem a singularidade e a corresponsabilização (idem, p. 320).

TRANSDISCIPLINARIDADE

O que me interessava eram as criações coletivas, mais que as representações.

Gilles Deleuze

Em meio à escrita deste trabalho, também em meio à gestação de outra vida dentro de mim, entrei em assistência remota pelo CAPS, devido às condições pandêmicas e à proteção do município às gestantes. Criei um meio de comunicação exclusivo para atender aos usuários, maioria já acompanhados por mim anteriormente e alguns poucos recém encaminhados. Deixei como abertura para o contato durante a semana, embora tenha dias específicos para fazer as ligações de atendimentos. Mas como a vida não para, sou acionada vez ou outra por alguns acontecimentos. Seja domingo, seja à noite, seja durante a difícil leitura e escrita do mestrado. São momentos inoportunos para mim, mas necessários para eles.

Tento referenciar ao CAPS, mas são usuários que de alguma forma já não tem tanta disponibilidade ou condição de frequentar o serviço como seus quadros clínicos demandariam ou poderiam se beneficiar. Entretanto, apesar da tecnologia favorável às suas condições e de fácil acesso, fica cada vez mais pungente, principalmente diante das crises, o quanto um

cuidado se faz em equipe, em chão coletivo. Por mais que tivéssemos tantas críticas (e ainda assim o fizéssemos) a formatos por vezes ambulatorizados de atendimento dentro do CAPS, sabia-se também que aquela circunscrição do consultório, ainda que num modelo individualizado, estava contida em uma instituição. Tinha paredes porosas, portas facilmente abertas, gente ao lado. Tinha socorro coletivo, acalento, chão, suporte. E isso não é trivial nem espontâneo, é construção diária saber que se pode contar, de alguma forma, com a pessoa ao lado e com a instituição. Isso produz terapêutica, isso produz atenção psicossocial. E é de tremenda importância dar-se conta disso, apesar dos pesares.

Embora saibamos e apostemos na potencialidade da equipe multiprofissional na atenção psicossocial, como solução para importante parte dos problemas na transformação do modelo antes hegemônico, médico-centrado, verificamos também que enquanto ato burocrático em si, o modelo multiprofissional não garante grandes soluções. Ao contrário, muitas vezes vivenciamos a hierarquização e segmentarização dentre as profissões que compõem uma equipe de trabalho, com supervalorização em geral da área psi e desvalorização das demais categorias, principalmente naqueles CAPS onde ainda vivem forte influência de supervisão clínico-institucional da Psicanálise e de discursos psi na baliza da construção do cuidado, do entendimento do caso e das ofertas terapêuticas, inclusive na atenção à crise. Neste sentido, um CAPS pode funcionar como um ambulatório de saúde mental, onde as ações interdisciplinares são pouco transversais e diluídas no campo da atenção psicossocial, sendo reforçados os núcleos de especialidades, enrijecendo e empobrecendo a dinâmica do cotidiano do serviço e a potência do cuidado compartilhado. Ceccim nos alerta para a necessidade, então, de

(...) desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo-centrado, para o eixo – plural e complexo – usuário-centrado (CECCIM, 2004, p. 1).

O autor encontra uma saída no que vai chamar de ética entre-disciplinar, frente à estética multiprofissional, donde as disciplinas seguem se afetando mutuamente, num equilíbrio instável e auto-organizado, sempre visando uma transformação, “resultando em alteridade e aprendizagem” (CECCIM, 2004, p. 5). A produção de uma clínica mestiça ou nômade “não dá a nenhuma das profissões a soberania sobre a terapêutica, impõe o trabalho e a educação em equipe (...)” (idem, p. 6). Propõe que os saberes envolvidos no cuidado compartilhado devam desenvolver-se em habilidades aproximativas, constituindo campos de diálogo e inventividade, baseados na escuta do sujeito e naquilo que demanda, destituídos das proteções corporativas e encerramentos disciplinares únicos. Dessa forma,

As linhas de fuga que são geradas na conformação de modelos devem ser exploradas pelo trabalho criativo em saúde, na experimentação de modos nômades de produzir saúde, em práticas terapêuticas mestiças com os usuários e entre a equipe, abrindo processos de subjetivação profissional, institucional e pessoal (CECCIM, 2004, p. 7).

Entendendo a importância de um trabalho em ambiente favorável e não ameaçado, o autor valoriza a potencialidade da proteção de uma equipe multiprofissional, frente aos isolamentos de saber nucleares. A clínica nômade, mestiça, seria um escape a essas armadilhas, ainda que também desafiadora, compondo com a necessidade do cuidado integral e aliviando as diversas barreiras encontradas para tal. Ceccim (2004, p. 13) conclui que

Uma clínica nômade interroga a atenção e a gestão sobre o acolhimento dos interesses dos usuários e as estratégias de garantia desse acolhimento, bem como sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante de seu processo de ser saudável-adoecer-curar-se e as políticas de viabilização desse direito.

Por sua vez, Passos e Barros (2000) irão um pouco mais adiante naquilo que irá se constituir como transdisciplinaridade, caracterizando-se por subverter “o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (p. 76). E corta-se o texto para mais um desacontecimento. Recentemente, pedi à pessoa responsável pela administração do CAPS uma lista de telefones de alguns pacientes que precisava atender remotamente. Ela não conseguiu me enviar a tempo, durante o dia solicitado pois ficou às voltas com os preparativos da festa julina, precisando ficar parte do dia no fogão, enquanto a colega e auxiliar de serviços gerais, também responsável pela cozinha, precisou sair para as compras da festa - que aconteceria em dois dias.

Aquilo que pode parecer inconcebível, o trabalho administrativo ser deixado de lado face à prioridade do preparo dos quitutes da grande festa, emperrando também meu trabalho técnico assistencial junto aos meus usuários de referência, entra como cena cotidiana do constante deslocamento de lugares e funções ocupadas na sustentação de um trabalho CAPS, inventivo, “extra clínico” (embora acreditemos que essas ações “extras” tantas vezes tem potenciais clínicos bem maiores e inesperados, além de mais gostosos para todos envolvidos) e com equipe reduzida. Alguns ficarão de fora. Sempre. É uma infinita definição de mini e macro prioridades, de a que dar atenção, de qual espaço ocupar, qual situação merecerá mais relevo, em cada contexto. Não bastam prescrições de criatividade, é preciso corpos disponíveis e tempos inventados para tal!

Prado e Moura (2022) pensando a transdisciplinaridade no trabalho e cuidado em saúde, trazem perspectivas transversais de Foucault, Deleuze e Guattari e seus encontros entre a filosofia, a clínica e a política. Lançam luz sobre nosso pano de fundo ético-estético, da

indissociabilidade entre esses campos, constituindo uma clínica também transdisciplinar. “Uma pergunta-chave agita esse encontro: como a esfera socioeconômica interfere no psiquismo, nas formações do desejo, no inconsciente e vice-versa?” (p. 6). Nesse sentido, entender a produção de saúde também como produção de subjetividades coloca mais uma tensão ao campo do cuidado, do que temos produzido, do que temos podido produzir e a complexidade de operar este trabalho, situado na atenção à saúde mental de uma população. O desafio do cuidar, do exercer os ofícios profissionais de cada núcleo localizados no grande campo da saúde coletiva, da operacionalização do SUS e na defesa por uma sociedade democrática, de garantia de direitos sociais ao mesmo tempo que perceber-se operante destas produções de subjetividades. Micro-macro-política.

Dias atrás, em conversa com um colega médico preceptor da residência de medicina de família e comunidade na cidade do Rio de Janeiro por muitos anos (atualmente em atuação no sistema de saúde suplementar, por exaustão e tantas outras coisas que não cabem aqui), falávamos sobre a Atenção Básica e o modelo de Saúde da Família implementado no RJ. Sua análise era a de um sistema de difícil solução pelo extremo centramento na figura médica e na quase exclusiva oferta das consultas médicas individuais. Um psicólogo (que também saiu da rede do RJ) comentou, brincando sério “o problema é que os médicos de lá achavam que iam salvar o mundo fazendo consulta!”. Rimos e o médico concordou, complementando que sim, esse era o prato principal, o resto eram entradas, petiscos e, quando muito, alguma sobremesa (acerca das outras práticas em saúde multiprofissionais e coletivas, no território, etc). Infelizmente, percebemos situação muito parecida no campo da Atenção Psicossocial e a representação da consulta psiquiátrica. Na verdade, sempre me intrigou o fato de neste CAPS o nome dado ao atendimento em psiquiatria ser “consulta” e ao dos outros profissionais, não. Não precisava dizer “consulta psiquiátrica”. Bastava dizer consulta e se pressupunha, para equipe, usuários e familiares que esse dispositivo só poderia ser médico.

Dito isso, penso no tamanho desafio que é produzir outras lógicas de cuidado, vestí-las do caráter de atenção, assistência, resolutividade, eficiência e satisfação que são entregues às consultas médicas. Mesmo em um modelo que é pensado contra a soberania biomédica, numa proposta de horizontalização das categorias profissionais e, mais adiante, de transversalização do cuidado - donde se constitui o campo da atenção psicossocial no Brasil - custamos tanto a escapar dessa cilada. Porque há todo o reforço social, midiático, político sobre a medicalização da vida e a necessidade de curas e rápidas, numa eterna produção de “doença” e “saúde”. Nesse ínterim, dialogamos com Krenak e a lógica de consumo da própria terra, de tudo que é redor,

bem como com Han (2015) em “A sociedade do cansaço” e Brum (2016) ao concluir que estamos “exaustos e correndo e dopados”. E aí nossas ofertas terapêuticas coletivas, territoriais, que exigem certo alargamento do tempo, quase parecem obsoletas, descabidas, ineficazes, destituídas. Soma-se a isso o fato de nossos corpos também comporem esta dança compulsória e sofrermos impactos subjetivos em nossa produção de cuidado e de subjetividade.

Uma saída é entender o campo de trabalho como plano, em acordo com Passos e Barros (2000), por sua heterogeneidade e irredutibilidade aos núcleos disciplinares e mesmo à noção de campo. Então, transpõe-lo num plano de forças de múltiplos vetores, em constante mutação. “Isto significa que ao invés de partir da separação fundamental entre sujeito, objeto ou sistema teórico ou conceitual que sustentam a prática, tomamo-los como efeitos emergentes do plano de constituição do cuidado” (PRADO & MOURA, 2022, p. 11-12).

Desta maneira, o cuidado em saúde é formulado como uma *clínica do comum*, caracterizada pela transversal de desterritorialização das linhas de hierarquia e corporativismo que sustentam a exclusividade de saberes, de práticas ou de settings que se pretendem detentores da verdade e da competência para o cuidado em saúde e em saúde mental (idem, p. 18).

O que podemos reafirmar com os autores é como a transversalidade incide diretamente no abandono das dicotomias e separações, ora em eixos verticais, ora até mesmo nos eixos horizontais, tanto no que tange aos conceitos de clínica e política, quanto de sujeito e sociedade, inclusive entre as práticas multiprofissionais e entre técnico, gestor, usuário e familiar. Entendermo-nos dentro do grande espectro da Saúde Coletiva, fundada nos princípios e diretrizes do SUS, faz ampliar o campo teórico-prático em que estamos inseridos e tomar como inspirações tais valores, que nos ajudam a escapar de alguns endossamentos vividos no cotidiano da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, operar com o conceito da transdisciplinaridade, base também da Política Nacional de Humanização do SUS²⁵ faz diluir esses obstáculos e circular a palavra e o cuidado com todos os envolvidos, principalmente ao situarmos em sermos também todos usuários do sistema. Brincar um pouco com esses lugares de poder, diluir o engessamento das posições que ocupamos, pode fazer gerar uma clínica de fato ampliada e mais localizada no território, nos sujeitos reais, no contexto inserido, lançando mão sempre da criação e dissolução daquilo que vai se tornando obsoleto.

CIDADANIA/CLÍNICA POLÍTICA

²⁵ “Tomando como princípios a transversalidade e a grupalidade, a PNH assume o desafio conceitual e metodológico da coprodução da gestão e da atenção em saúde em sua face instituinte, comprometida ao mesmo tempo com o exercício de fato do público e com a saúde enquanto valor de uso, expresso nas dinâmicas de vínculos e trocas sociais” (PRADO & MOURA, 2022, p. 21).

Tomando a clínica como política, a discussão acerca do exercício da cidadania em meio a nossos atos de cuidado e do cotidiano dos serviços se fará sempre presente, necessariamente. Prado et al (2019) afirmam que “A clínica é uma ação política na medida em que se estabelece como modo de ação e relação micropolíticas que visam mudar, transformar as condições de vida das pessoas” (p. 36). Entendendo que trabalhamos com sujeitos psicossociais complexos e operando nas produções de subjetivação, estamos intervindo pela produção da diferença, de novas constituições não dadas anteriormente.

Mais especificamente, operar a mudança no paradigma de cuidado clínico em saúde mental diz respeito a assumir uma dimensão política da clínica, que podemos considerar como política clínica, se entendermos pelo termo política uma dimensão da clínica que a implica politicamente como estratégia de governo e mediação (PRADO ET AL, 2019, p. 39).

Quando operamos no remodelamento de uma vida fadada aos dejetos sociais, à exclusão, ou mesmo à comiseração e, no exercício do cuidado, da escuta e da afirmação de sua subjetividade (nada dada, a priori, justamente pelos lugares sociais que vem a ocupar a maioria de nossos usuários, ou seja, pobres, pretos, loucos, de baixa contratualidade social, sem poder reconhecido de troca) possibilitamos abertura de horizontes, significação conjunta de sua existência, exercemos uma clínica política. A clínica da atenção psicossocial atua (ou deveria) diretamente aí, no encontro desses múltiplos vetores, possibilitando não só acolhimento e espaços de coletividade e pertencimento social, como também, através da arte, da ocupação da cidade, da circulação por outros espaços de interrelações sociais novas composições existenciais. Mais potentes, mais vivas. “É neste sentido que reiteramos que a clínica – em especial a clínica da atenção psicossocial – é clínica política na medida em que opera uma nova partilha do sensível, na medida que ela redistribui as partes que definem as posições na sociedade e o próprio jogo político-social” (idem, p. 46). Localizamos, então, a transdisciplinaridade entre arte, política e clínica como interfaces produtoras de vida.

A arte, condição clínica nos espaços de cuidado em saúde mental, bastante significado por Nise da Silveira, aqui é entendida como “produção de realidade no espaço e no tempo que não deixa de ser uma atividade política de desnaturalização, aqui convertida em desnaturalização do que é dado na ordem social dominante, hegemônica” (PRADO ET AL, 2019, p. 49). Pioneira da Reforma Psiquiátrica, Nise da Silveira é quem vai perceber e legitimar - também através de sua correspondência com Jung - a importância do afeto, do acolhimento e de um ambiente digno como elementos de cura e reorganização psicótica. Claro que sua cura não se aproximava da esperada pela sociedade, de maneira produtivista, mas fornecia uma organização interna para cada sujeito acompanhado. Através da liberdade e da arte, os

pacientes poderiam também contar suas histórias, construindo narrativas e sendo seus próprios autores (DAMIÃO, 2022).

Reforçamos aqui a riqueza de encontrar as bases de construção dos sentidos que ainda hoje nos norteiam para que não os sigamos esvaziadamente. A relevância dos espaços de produção artística como ofertas terapêuticas, além de diversos outros benefícios por si só e de construção de novos lugares sociais para os sujeitos, é também de criar espaços de liberdade, de expressão de si, do caos e da desordem intra e extra psíquica. As oficinas terapêuticas proporcionadas nos CAPS devem sumariamente trazer estes propósitos, e não repetir um espaço colonizador, repetidor e homogeneizante ou infantilizante como o vemos tantas vezes. Ademais, a arte tem função estética também, faz produzir outros corpos, outros nexos, outros sentidos. Quando colocamos os trabalhos dos usuários do CAPS em exposição, por exemplo, propomos também um outro olhar social para aqueles sujeitos, e um outro olhar individual para cada pessoa que se encontra com as pinturas, assim como a arte nos provoca em uma exposição qualquer. Essa construção de novos lugares sociais é de impacto de mão dupla, para aqueles que criam e para aqueles que assistem. Ressignifica algo que não por palavras ou panfletagem ou militância. Nise

mostrará, através de sua vida e de sua obra, como a saúde, a ética e a política são termos de uma mesma experiência. (...) Já no ano de 1946, Nise lançou a base de uma “revolução psiquiátrica”, fundada nos princípios de liberdade, afeto, inclusão e transdisciplinaridade (DAMIÃO, 2022, p. 131).

Em seu trabalho transdisciplinar, entre a psiquiatria, a terapia ocupacional, a interpretação das imagens do inconsciente, a ação política antimanicomial e tantas outras passagens e inspirações, destacamos também a abordagem pedagógica, por assim dizer, tanto com colegas profissionais quanto com os usuários que chegavam a seus cuidados. Na desconstrução do jaleco e possibilização do vínculo por vias do afeto e não do poder ou da institucionalidade, na criação de grupos de estudos livres e para qualquer interessado, Nise fazia operar uma clínica que lutamos para garantir até hoje: transversal, com trocas de lugares ocupados, sem estratificação das posições, fazendo dançar a instituinte das disciplinas e protocolos.

Lembro-me de desde o dia em que cheguei a La Borde como estagiária de Psicologia até o último ainda não conseguir discernir claramente quem eram os técnicos e quem eram os moradores (mesmo porque alguns técnicos moravam ali também, inclusive o diretor Jean Oury). Isso, além de avassalador e extremamente pedagógico para uma estudante, é de uma promissão clínica que pouco vemos nos CAPS atualmente, onde os lugares técnicos e usuários são bastante definidos, mesmo para um leigo que chega ao serviço. Quando propomos espaços

de criação, de lazer, de ofertas “extra-terapêuticas” tem a ver também com brincarmos com a dissolvência dessas posições, fazendo gerar outros sentimentos de si, de autonomia, de - por que não? - empoderamento dos usuários, para que se percebam autores de suas histórias e de seus tratamentos, que possam também ocupar lugares de poder, de ensino, de artistas. A horta e as rodas de capoeira trazem consigo essa dissolução escancarada, pois o que está primeira e sequencialmente à vista são os lugares funcionais destas atividades, quem é o mestre, que é o agricultor, o tocador, o coletor, não quem é o usuário e quem é o técnico, ou quem é o aprendiz e quem é o professor. Apostar mais e mais nesses espaços favorece-nos uma clínica mais democrática, libertadora e potente de outras inserções sociais a partir daquilo que também se é.

A reintegração do eu e o estabelecimento dos vínculos com o mundo externo depende destes dispositivos afetivos, através dos quais, o cliente ou frequentador da oficina, irá gradualmente reconstruindo os laços com um mundo cada vez mais extenso e se reorganizando, podendo lidar com este mundo (DAMIÃO, 2022, p. 133).

Importa também destacar o valor do afeto nesses espaços de cuidado e a irrelevância da disciplina profissional de quem opera uma oficina terapêutica, por exemplo. Neste aspecto, uma de nossas oficineiras - a única da equipe por anos - tem um potencial afetivo e acolhedor que faz lotar suas oficinas e promove diversas remodelações nos corpos que as frequentam. Enquanto fazem artesanato, pintam, costuram ou criam o que lhes for possível, é constituída uma egrégora de cuidado mútuo, de partilha, de afeto, de sorrisos e lágrimas muitas vezes que só ali se manifestam. São espaços quase fora do tempo, espaços de conforto, criação e dissolução. Este recurso belíssimo dos CAPS há que ser valorado e exemplar diante do nosso enrijecimento clínico cotidiano e a tendência às repetições, friezas e automatismos no apagar dos incêndios que não cessam.

Deleuze (2000) afirma que “O sujeito é o limite de um movimento contínuo entre um dentro e um fora” (p. 5). Assim, finalizamos o tópico com ele, donde

Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos. (...) É ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle (DELEUZE, 2000, p. 6).

CLÍNICA PERIPATÉTICA

Os percursos às vezes são poéticos; outras vezes, dramáticos, quando não patéticos.

Antonio Lancetti

Lancetti nos ajuda a passear por diversos caminhos clínicos e não-clínicos, com os riscos e as potencialidades dessa opção mais visceral e não protocolar da amplitude de nossas intervenções frente ao que as situações nos demandam. Para além dos formalismos moralistas de higienização social, construir também relações mais realistas, ordinárias e múltiplas com aqueles que assistimos. Encontrar um usuário como mestre de capoeira num mesmo evento em que participo como brincante da cultura popular e traçarmos outros acordos a partir daí, apresentando os grupos, trocando figurinhas da vida diária que muitas vezes não cabem na circunscrição saúde-doença abarcada nos serviços. Encontrar, ainda, outro usuário num evento local de agroecologia, ele me apresentando sua irmã que faz mandalas e também gosta de dançar, assim como nós dois. Ver a humanidade e normalidade criada, construída, relacional que as pessoas apresentam em diferentes facetas interrelacionais e territoriais. Por isso também a importância de ocuparmos mais variados espaços, onde também os usuários possam estar ocupando, para que a vida pulse outras batidas, outras vitalidades, outros possíveis. Possibilitar “(...) um vínculo inédito numa relação saturada de significado, estereotipada e sem potência pedagógica ou terapêutica” (LANCETTI, 2006, p. 27).

Inspirado no que José Bleger vai questionar sobre o setting terapêutico, Lancetti nos dá algumas situações em que este espaço ritual é construído, montado, específico-inespecífico, mas sempre espontâneo, móvel. Entende que “o setting se manifesta quando é quebrado” (LANCETTI, 2006, p. 20). Aquilo que o autor chamará de “pedagogia da surpresa” ao chamar pelo nome meninos e meninas moradores das ruas e levá-los à Casa de Inverno (abrigos assistenciais para noites de frio na cidade de Santos, na década de 90), quando menos esperavam, é um bom exemplo da radicalidade da clínica pela soberania da vida. Ao trabalharem conjuntamente em espaços de assembléia as regras de convívio, afirmava-se que os técnicos estavam ali “para defender seus direitos, mas que eles não tinham direito de se matar” (idem, p. 25). Interessante a afirmação da multiplicidade e respeito às diferenças e formas várias do viver, porém nesta máxima afirma-se também que estarão ali para defender suas vidas e não suas mortes. Pode parecer simples ou óbvio, mas é uma equação muitas vezes difícil de se resolver na clínica das transgressões, das margens, daqueles que não cabem. Nos deparamos com esse limite ético-político algumas vezes, frente ao desejo (ou não) do usuário em suas escolhas de vida-morte, nas negativas da moralidade.

Sobre reforçar a riqueza das visitas domiciliares ou incursões pelo território junto aos agentes comunitários de saúde, por exemplo, o autor nos dirá que “(...) a discussão de caso realizada enquanto se caminha pelo território é muito mais rica e propícia a ideias e revelações

singulares" (LANCETTI, 2006, p. 36). Entretanto, na correria e urgência típicas da Saúde Mental, acabamos realizando operações de bombeiro isoladas, por falta de tempo-concreto à resposta à crise. E o quanto perdemos de articulação conjunta, de envolvimento real dos órgãos parceiros, inclusive naquilo que facilitaria o entendimento pelos outros agentes da rede de nossas práticas e perspectivas diante dos usuários, no cotidiano e nas crises.

Em uma descrição sobre o primeiro NAPS, de 1986, Lancetti observa a equipe dirigida por Kinoshita dando relevo a ser “(...) muito unida, com objetivos de trabalho claros e disposta a inovações. Entre seus membros não transparecia sinal algum de persecutoriedade” (LANCETTI, 2006, p. 39). Em minha primeira leitura deste livro manual, há mais de doze anos e ainda na graduação, sublinhei interrogativa a palavra persecutoriedade. Não por desconhecer seu significado literal, mas por desacreditar da sensação de poder vivê-la na pele em um ambiente de trabalho. Na mesma passagem, entre minhas notas e comentários, escrevi indagando se essa descrição que ele faz como específica não seria condição *sine qua non* para uma equipe funcional em Saúde Mental.

Ainda nessas páginas, minhas observações iniciantes destacavam a transversalidade do Estado frente às iniciativas promissoras dos trabalhadores dos serviços antimanicomiais, pulsantes, destemidos. É preciso um tanto de conjuntura para que nossos desejos e revoluções possam ganhar materialidade e até permissividade da gestão pública para mantê-las vivas. Muito se realiza na resistência, desde que me entendo como trabalhadora da Saúde Mental e do SUS, não me senti contemplada pelas gestões locais em propulsionar a lógica antimanicomial e susista como preconizam as políticas públicas. Porém, quando tomamos conhecimento das principais experiências exitosas e revolucionárias da Reforma Psiquiátrica, não podemos perder de vista um alinhamento com a macropolítica que favorecia as ações, como no caso de Santos e São Paulo, na década de 1980.

Na prática, pude observar que qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende a cronicar-se. Criam-se coletivos altamente repetitivos: providenciam sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida, por exemplo, mas quando há uma crise busca-se logo o psiquiatra (LANCETTI, 2006, p. 47).

O autor vai entender que, na opção do Ministério da Saúde em focar nos CAPS e não nos NAPS, muito vai se perder, para além da substituição de núcleo para centro - que já seria significativa. Lancetti e outros autores do campo percebem que o núcleo tem tendência a se expandir, ao passo que o centro centraliza-se em si mesmo, como é o caso de muitos CAPS. Além disso, na primazia dos CAPS I frente aos CAPS III, perde-se muito em assistência à crise 24h e a real substituição dos manicômios fica comprometida e deficitária. Com o passar dos anos, vamos observando o encapsulamento dos CAPS, as limitações das equipes regidas pelas

dificuldades, a cronificação de todos ali presentes, entre trabalhadores e usuários, e pouca disposição e condição do serviço voltar-se ao território e às questões psicossociais que a cidade apresenta. Torna-se um serviço limitado, que faz o usuário adaptar-se a suas ofertas terapêuticas e não o contrário sonhado e previsto inicialmente pelo movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, apostava-se bastante na interrelação saúde mental-saúde da família, até quase fundirem-se na parceria entre seus atores. O PSF é peça chave fundamental para facilitar a ativação do território, a inclusão de usuários, familiares e outros componentes locais da rede das pessoas frente ao encerramento do CAPS em si e da dificuldade de agir extra-muros, sendo “(...) uma poderosa arma contra a cronificação” (LANCETTI, 2006, p. 50).

Em entrevista com Lancetti, Domiciano Siqueira (2009) vai desenhando brilhantemente seus percursos iniciais na Redução de Danos, em conjunção nacional, lá pelos idos de 1996. Nos detalhes viscerais e minuciosos acerca da vida nas vilas e favelas, descontina um tanto de tabu a respeito do trabalho feito pelos redutores de danos e de suas empatias e apoio recebidos tanto pela igreja, quanto pelos traficantes e policiais locais, além, é claro, da própria população e principalmente dos usuários foco do trabalho. Na comunhão da vida local, pode-se perceber os valores e regras informais que regem aquele território e organizam a vida das pessoas, não exatamente em acordo com a formalidade e funcionamento dos postos de saúde, por exemplo. No que eles conseguem enxergar as pessoas antes daquilo que fazem, conseguem também se aproximar de seus modos de vida, de suas necessidades - não só em saúde - e podem intervir, ofertar cuidados sem exigir algo em troca. Gostam das pessoas por conhecê-las e o mesmo acontece em mão dupla. Isso é de uma magnitude ímpar, nada dada, nada protocolar. Promover vínculo, força motriz para qualquer trabalho em saúde, mobiliza afeto e necessita aproximação.

Pela “importância clínica do caráter ativo da experiência” (LANCETTI, 2006, p. 78), trago memórias que compõem os debates aqui traçados. Lembro-me de acompanhar por cerca de um ano, enquanto residente de saúde mental, um “grupo de redução de danos” em uma Clínica da Família situada no asfalto da maior favela do Rio de Janeiro. O grupo acontecia semanalmente, às 10h, em uma sala da clínica, com parte da equipe NASF. Diferente das nuances delicadas que os atores acima destacam como fundamentais para a estratégia da redução de danos fazer sentido para a vida das pessoas, o grupo tinha um caráter fechado, consolidado, que não deambulava o território, não se misturava com a vida real, mas se mantinha encerrado nas normas sanitárias de uma instituição de saúde. Não visávamos a abstinência nem o foco do grupo era falar necessariamente sobre drogas, debatíamos diversos

assuntos, fazíamos atividades de lazer e criatividade, assistíamos filmes e celebrávamos também. Mas o horário restrito, a circunscrição da sala, do público e do formato certamente deixavam privar muitas abordagens possíveis que a lógica da RD poderia proporcionar.

O autor vai construir um sentido, a partir do trabalho vivido e da análise em campo e coletada como produção de conhecimento a posteriori, de que a redução de danos mais amplia que reduz. Porque atua muito mais na ampliação da vida, da potência, da criação de territórios comuns de paz, tolerância e cooperação do que no foco da droga, na redução de seu uso ou na redução dos danos do uso. A partir daí, transfere também esta lógica, de ampliação da vida, para a sustentação do lugar do terapeuta nos casos mais difíceis ou quase “intratáveis”. Para além do uso das seringas ou do tratamento específico do uso abusivo de drogas, mas em todos aqueles casos em que nos deparamos com todo o complexo que envolve este campo periférico, violento, restinga do capitalismo, de redução da vida. Espaços-tempos mortíferos habitados pelos usuários que tentamos atender, nem sempre a partir de um pedido de ajuda, mas por percebermo-nos também responsáveis por tudo que o sistema em que vivemos produz, ali onde o sofrimento reina.

Por estarmos alinhados à Estratégia de Saúde da Família, muitas vezes utilizamos esse termo genérico sem exatamente conceituá-lo ou apresentar de que lugar o concebemos. Lancetti aposta que “A estratégia da família não procura defender um tipo de vida familiar moralista ou burguesa, mas ativar o comum” (p. 96). Comum esse bastante referido ao conceito de Toni Negri e Michael Hardt, aquele que impera em coletivos de cooperação e solidariedade, em rede vivas de afeto, para além do sentido de comunidade, que de alguma forma visa homogeneizar uma circunscrição de pessoas conviventes, por um algo superior ou primeiro. No comum, as singularidades não se perdem. São agregadas ao coletivo sem diluirem-se. É a partir desse referencial que se localizam as estratégias de Saúde da Família ou de Saúde Mental no território: na produção e ativação do comum.

Mais uma vez retorna um excerto de caso clínico já referenciado ao texto em outros recortes, dessa vez pelo sentido assimilado em que Lancetti (2006) aproximará êxito clínico e perdão. “Nessas histórias onde há mudança insólita de curso, há cortes cruéis, afetivos, e perdão. Sempre há perdão, mais ou menos imperceptível, nas histórias clínicas bem-sucedidas” (p. 101).

Em um episódio de devastação do CAPS, virado de cabeça para baixo com quebradeira de todo equipamento - infra estruturalmente e algo funcional/psiquicamente. Na virada de um ano pandêmico já bastante insólito, dia seguinte à morte de uma moradora da RT. Segundo dia do Ano Novo. Sei que além de ajeitarmos o CAPS, reorganizarmos o possível e reerguer tudo

cabeça para cima novamente - ou, quem sabe, já para outra direção, mais transversal que vertical... - também o pudemos perdoar, em grande efeito clínico de equipe, em discussões de entendimentos diversos e diários até chegar a um consenso base que o caso pedia. A instituição precisou perdoá-lo pelo ataque, e não apenas seus técnicos de referência. O visitamos de pé quebrado (não por ele!) em um presídio de custódia enquanto aguardava julgamento e fizemos todas as articulações familiares e institucionais entre secretarias para que o quadro clínico fosse soberano ao ato infrator criminal. Conseguimos sua soltura, retorno à comunidade e tivemos uma guinada substancial na condução e prognóstico do caso, pelo simples e complexo fortalecimento do vínculo - através do perdão e do aceite - recolocando os padrões relacionais que ele recebeu de resposta social ao longo de sua vida solitária.

Destaca-se também a importância dos terapeutas das ruas, peripatéticos, desprotegidos dos muros, das clínicas ou consultórios, terem vasto conhecimento cultural para dialogarem com os sujeitos assistidos, para que não se teça um confronto epistemológico ou mesmo que se perca uma transferência clínica por ignorância cultural. Penso no quesito religioso como relevante encruzilhada temática. Mesmo para aqueles ateus, agnósticos ou crentes de outras religiões, conhecer e conseguir dialogar na linguagem religiosa dominante de seu território de atuação muitas vezes é condição de entrada e êxito. Difícil descortinar essa micropolítica da avalanche contra o Estado laico que temos vivenciado no Brasil, nos últimos quatro anos. Sabemos a gravidade que um discurso religioso uníssono pode operar em opressões, violência e produção de morte. Por isso, tantas vezes a dificuldade de se aproximar por essa via se sobrepõe. Todavia, não há como se furtar a também falar a língua das pessoas e considerar ou apenas entender o que lhes é importante e inclusive estrutural.

Os mapas ao contrário se superpõem de tal maneira que cada um encontra no seguinte um remanejamento, em vez de encontrar nos precedentes uma origem (...). (...) o inconsciente já não lida com pessoas e objetos, mas com trajetos e devires; já não é um inconsciente de comemoração, porém de mobilização, cujos objetos, mais do que permanecerem afundados na terra, levantam vôo (DELEUZE, 1997, apud LANCETTI, 2006, p. 118).

As palavras aqui traçadas, a duras penas, em terreno afetivo e árido, ora fluem livremente quase que por necessidade, ora custam dias a sair. Mas todo esse esforço, de fazer convergir clínica, política, cotidiano, atenção psicossocial e academia, num movimento contínuo de ir e vir - mais precisamente de devir - ajuda a jogar migalhas de pão pelo caminho, marcando traçados de por onde passamos e a seguir em frente, inventando e construindo conjuntamente o terreno para os próximos passos. Sem pretensão evolutiva, apenas para possibilitar seguir, com fé e crítica.

Yasui, em sua tese que tanto norteou nossas linhas, nos lembra com doçura as multiplicidades que se criam no dia-a-dia de um serviço de Saúde Mental, com tamanha potência e singeleza.

Organizar uma associação de amigos, familiares e usuários; organizar eventos de celebração do dia (ou semana) da luta antimanicomial, com a participação e cooperação com outras instituições do território; realizar intervenções culturais, tais como exposições de trabalhos, apresentações de teatro, dança e música; produzir e colocar em circulação na cidade jornal ou informativo sobre a saúde mental; utilizar de espaços nas feiras-livres para mostra e venda da produção artesanal são exemplos de como podemos ter o território como cenário dos encontros, como matéria prima de processos de subjetivação, de autonomização (YASUI, 2006, p. 121).

Perceber que já fizemos e/ou fazemos todas as sugestões por ele elencadas é um bálsamo de difícil percepção quando tão mergulhados no redemoinho cotidiano. Pensar outros exemplos mais, que mal consideramos como ações de cuidado na cidade, inventivas e extra-muro. Os passeios a outras cidades, museus e zoológicos; levá-los - muitos pela primeira vez - à praia; almoçar fora e juntos; participar de um grande ato antimanicomial na capital; acompanhar a produção de uma peça de teatro feita por um usuário e ator, contemplado pela Lei Aldir Blanc, bem como sustentar, ainda que provisoriamente, seu assento no Conselho Municipal de Cultura, conforme seu desejo e eleição como suplente; fazer festas de carnaval, dentro e fora do CAPS, inclusive em outras cidades; comemorar aniversários nunca antes comemorados; ensinar a ler; impedir internações e prisões; sustentar a permanência de uma pessoa na comunidade. Louvar nossa dedicação e inventabilidade, criando condições de existência e resistências tantas vezes “contra a maré à beira mar”.

Entendemos, junto ao autor, que “Não há um lugar definido ou exclusivo no qual ocorre a tomada de responsabilidade. Ela ocorre no serviço de saúde mental (...) e, sobretudo, no ambiente da vida do paciente, no qual ele exprime, exerce ou tenta exercer a sua sociabilidade” (YASUI, 2006, p. 124). Assim, acolher é responsabilizar-se! Temos cuidado de estabelecer rotinas diárias de reuniões de início de turno, organizando a recepção, entendendo como importante ferramenta de estruturação do trabalho, das agendas e a flexibilização pro atendimento da demanda espontânea, sem virar um *looping* de apagamento de incêndios ou uma prática não-reflexiva. O ato do acolhimento exige alguma nudez de certezas e padrões sintomatológicos, de querer encaixar sofrimento com diagnóstico como em um jogo de *tetris*. Exige adentrar um campo limpo e profícuo de não saber e de profundo interesse na história de quem nos chega.

Tomamos a importância da acessibilidade também como critério de qualidade do serviço, seja ela geográfica, pela universalidade do acesso de portas abertas, ou por acesso

facilitado às ofertas de cuidado para cada clientela. Uma importante direção traçada recentemente em supervisão foi a avaliação da porta de entrada, qualificando como é feita a admissão e mesmo por quais critérios se presta acolhimento aos sujeitos que chegam procurando o serviço; bem como quais obstáculos se interpõem entre a demanda dos sujeitos e suas famílias e as ofertas do serviço, inclusive pelo tempo intervalar entre tais. Atentar para a porta de entrada de um CAPS é também cuidar de sua porta de saída - comum tabu entre os equipamentos, que tendem a receber toda demanda e dificultar seu deságue. Constituir um serviço mais fluido, com portas mais abertas e provisórias, de acordo com as demandas momentâneas dos sujeitos e com a capacidade técnica e institucional parece-nos um bom caminho para seguir.

22/11/22

Outros tantos relatos narrativo-afetivos foram sendo traçados ao longo das linhas do texto dissertativo, cadernos e papéis espalhados, onde fosse possível registrar e desaguar. Depois de longos quatro anos lutando e tentando efetivar a contratação de Supervisão Institucional pro CAPS, finalmente conseguimos. Aconteceu durante o período que estive em home office devido à gestação+pandemia, mas pude acompanhar remotamente. Uma alegria retornar ao serviço presencial com saudade e boas expectativas, ainda que grávida e com uma viagem cansativa de 4h pra chegar ao trabalho, saindo antes do sol nascer. A mesma supervisora fez também uma capacitação comum com as equipes do CAPS, RT e ambulatório de Psicologia, colocando algumas coisas em análise e propondo mudanças em todos os equipamentos, que faziam sentido para os presentes, em resposta às queixas que apareciam.

A equipe tem novamente se perguntado, nas reuniões e conversas de corredores - mais especificamente de cafés e almoços coletivos - o que pode um CAPS I, exatamente assim como o nome da minha pesquisa. Acho bastante interessante como isso tem aparecido como questão coletiva e institucional, afinal de contas ela comparece mesmo quando se conversa com leigos sobre o tamanho de uma proposta para CAPS I frente o tamanho da equipe e as complexidades e limitações dos municípios pequenos e interioranos. O mais recente questionamento veio na última reunião de equipe, na semana passada, quando discutíamos dois casos de meninos autistas graves, que já acompanhamos há alguns anos e hoje inclusive um já é adolescente e outro se aproxima da fase adulta. E, francamente, nunca soubemos muito o que fazer com eles - o que não tenho dúvidas de que seja um entendimento comum à equipe. Essas situações, de “público-alvo” mais específico - inclusive com CAPS específicos para tal atendimento, como os CAPSi e os CAPS AD, bem como os CAPS III e nossos desafios na atenção à crise - trazem à tona nossas limitações em atendê-las de forma mais adequada ou como gostaríamos, seja por falta de equipe, de organização possível do trabalho, e mesmo por falta de tecnologias leve-duras necessárias ao trabalho.

Entendo que esse questionamento vindo da equipe é fundamental como releitura de nossas práticas, do que nos cabe e do que nos é possível, frente a tantas limitações e também potencialidades. Me surpreende, já nessa reta final de fechamento do texto e encerramento provisório da pesquisa - e não das inquietações moventes e movedoras - o quanto a equipe ainda se disponibiliza a se reinventar, a tentar novas práticas, receber novas orientações e tentar, tentar e tentar - com sorriso no rosto e não sem cansaço. É revigorante.

NOTAS FINAIS E INCONCLUSIVAS

*repetir repetir – até ficar diferente
repetir é um dom do estilo.*

Manoel de Barros

Percebi, por um suposto e estranho acaso, que minhas monografias e TCCs da graduação, residência e pós-graduação foram sobre o SUS. A primeira, já sobre Saúde Mental, com enfoque em oficinas terapêuticas no CAPSi. A segunda, sobre minha passagem na Saúde Indígena. A terceira, sobre cuidado de si no corpo do trabalhador da saúde. E esta, agora... ou sou monotemática ou esse campo muito me importa, move e insiste. Acho que nenhum foi escrito no melhor dos cenários, tampouco num momento ideal. Lembro-me bem vagamente da escrita na graduação ser acompanhada da maior greve que presenciei enquanto estudante, que envolveu ocupação da reitoria e criação de resistências várias, no equilíbrio de um corpo que morava na região central do Rio de Janeiro, estudava em Niterói e estagiava na zona oeste do RJ. Já na Residência em Saúde Mental, o TCC foi escrito em meio ao golpe de 2016, aos ataques e perseguições nas ruas pelos grandes eventos, a incerteza na vida de trabalhadora do SUS a partir dali e um chão desterritorializado pela experiência no Xingu. Para a conclusão da pós em Terapia Através do Movimento, o cenário era de desmonte na Saúde Pública do RJ, ataques diretos aos trabalhadores organizados, demissões de colegas e parceiros, em meio à construção da candidatura ainda distópica daquele que viria a tornar-se, neste ano, nosso atual presidente da república. É...nunca foi fácil e nem sei se achei que seria

Hoje, escrevo em meio ao inédito caos pandêmico e negacionista da história do Brasil, numa sequência de fatos, notícias, alterações nas diretrizes políticas daquilo que lutamos, defendemos e sustentamos que não sei nem como conseguimos manter-nos de pé e ainda seguir na produção do cuidado. Meus gatos me ajudam na companhia dessa tarefa solitária que tem sido um mestrado virtual. Não pude adentrar a Universidade, fazer um ritual de passagem e de chegada, conhecer pessoalmente meus colegas e professores, tampouco minha orientadora (só no segundo ano, quando da prova de proficiência em língua estrangeira, realizada presencialmente). Não tivemos conversas antes das aulas, cervejas no pós, abraços, sorrisos ou choros compartilhados. Vivemos, neste tempo, uma escrita ainda mais solitária, isolados pelo distanciamento social tantas vezes por nós mesmos sustentado, já que o governo federal nos impelia a seguir, produzir, girar a economia e nos contaminarmos numa necropolítica travestida de imunidade de rebanho. Na realidade, meus últimos escritos vem retratando também a

fragilidade institucional que se abateu sobre o país justamente desde 2016, agravada nos últimos dois anos, colocando o SUS e diversos outros direitos sociais garantidos em risco.

Como ferramentas metodológicas para este pesquisar, utilizamos uma breve revisão narrativa, mais direcionada numa interlocução entre autores clássicos e contemporâneos para ventilar a atualidade da função CAPS; o diário de bordo, como registro cotidiano das percepções-afetações do trabalhar em campo de pesquisa; narrativas de casos e memórias do serviço e da rede de atenção à saúde e da rede intersetorial como ilustrações inespecíficas, num caráter pessoal e também de abertura de dissolvência, um fora-texto. Dialogamos com literaturas contemporâneas e interseccionais, produzindo uma escrita literária que se entende poético-política. Estudou-se novas literaturas sobre o tema, mais advindas da prática do trabalho em Saúde Mental, com referenciais locais, antirracistas, feministas e decoloniais. A cartografia que aqui foi se traçando contém essas dimensões, não se verificando propriamente na participação direta dos componentes da pesquisa, em espaços diretivos e construídos para tal (como entrevistas, grupos focais, processos avaliativos), mas partindo do lugar de inserção da pesquisadora já no campo (como trabalhadora parte da equipe e da instituição).

Passos e Barros (2000) nomeiam como transdisciplinaridade aquilo que: “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (p.76). Em meio a tantos estudos, análises e reflexões, vou me dando conta da encarnação deste trabalho e do sentido quase específico que ele adquire numa inteligibilidade para trabalhadores do campo. Não é uma pesquisa acadêmica no sentido de construção de uma teoria acerca de um campo de interesse, mas de uma análise *in loco*, posterior e em tempo real daquilo que se vive no real da coisa. Nessa direção, as críticas e entendimentos tornam-se menos abstratos e mais palpáveis, sendo já uma cartografia dos efeitos daquilo que pudemos fazer com o que acreditamos e tentamos pôr em prática, sem nenhuma pretensão incorpórea.

Com narrativas e excertos de diário de bordo atravessando todo texto, presentes nos três capítulos, desde a introdução, configura-se a afirmação de uma política de narratividade. Iniciamos a investigação do campo problemático pela localização da experiência como paradigma; definição da pesquisa-militante, encarnada e advinda da demanda pelo plano local; breve histórico da loucura na sociedade e da constituição da RPB; percepção de composição em tempo real de fazermos história, entrecruzando passado e presente; marcos legais de desmonte do SUS e da PNSM; discussão macropolítica dos equipamentos da RAPS e seus furos; trazendo a luta antimanicomial como diretriz e movimento constante. Seguimos com a

localização da escrita, da forma de pesquisar, delineando mais claramente toda metodologia utilizada; discussão da interseccionalidade enquanto lente analítica, principalmente através dos marcadores sociais de raça, gênero e sexualidade; contextualização crítica da Pandemia e seus abalos micro e macropolíticos; retomando sentidos, com discussão do trabalho afetivo, da tomada de responsabilidade e do conflito permanente entre tutela e autonomia. Finalizamos com a discussão teórico-corporificada entre os conceitos do campo da atenção psicossocial e o campo de pesquisa, conceitos-lente-ferramenta de análise do campo, produzindo, dentre outros efeitos, reencantamento.

Seria interessante investigar, para além do que se deu conta nesta pesquisa, mas como um efeito, como está a distribuição de CAPS I pelos municípios do país, bem como as estratégias de cuidado em Saúde Mental em municípios e regiões de saúde que não contem com este dispositivo, tendo como maior suporte e referência em saúde pública a Atenção Básica, por exemplo. Ou, ainda, de que forma a inserção da loucura na cidade – sua aceitação, indiferença ou exclusão – apoia-se ou não nos equipamentos públicos de atenção psicossocial. Deixam-se em aberto possíveis desdobramentos que possam vir a despertar interesse de continuidade da pesquisa, dando-lhe novos relevos e vicissitudes.

O que recolho de efeito desses dois anos de pesquisa e maior debruçamento sobre o campo por um olhar mais interessadamente analítico sobre a instituição ainda está em aberto, reverberando. A escrita ajudou a recolocar os processos em análise, entendendo-os mais no jogo de forças que de forma personalizada e fechada, ampliando perspectivas e compreensões sobre nós mesmos, trabalhadores da Reforma. Localizar os hiatos de forma mais ampla, fazendo dialogar a micro e a macropolítica certamente nos permite redimensionar nossos entraves e desânimos, principalmente quando podemos pensá-los coletivamente. Ver a equipe com olhar mais generoso, observando as singularidades e esforços de cada componente dessa teia em sustentá-la, diariamente e apesar de tanto, é um grande resultado. Pensar que o trabalho possa contribuir para a dinâmica institucional, menos em seu decorrer e mais como produto reflexivo e também com norteadores práticos me estimula a seguir e concluir que valeu. Que ele possa ser pontapé de produção de conhecimento e publicização de nossas práticas e existências, grande maneira de resistir qualificadamente. Que nosso trabalho seja registrado e também vire suporte para os próximos que virão, fazendo história por percebermo-nos parte dela. Que este texto possa dialogar com outros trabalhadores, de outras municipalidades, que consigamos ampliar nossa rede de conversações e nos sentirmos cada vez mais peças integrantes e fundamentais da RAPS que desejamos e construímos.

Tendo a pergunta retórica espinosista como referência, este trabalho é, também, sobre o que pode um corpo. Um corpo-muitidão afetado em meio a tantos processos micro e macro-políticos, tentando seguir potente e atuante, ao mesmo tempo que capaz de reflexão e produção de conhecimento. Um corpo desejante e operante por uma reforma psiquiátrica antimanicomial e um SUS de qualidade cotidianos. Teço, em muitos momentos, uma escrita em primeira pessoa que pretende escapar de qualquer ensimesmamento, bem como dando voz aos usuários e colegas profissionais de forma não apassivada. Nesse caminho, também opto por ocultar o nome do CAPS e município estudados, de forma a imparcializar a experiência. É uma escrita coletiva. Nesta costura enredada, deixo fios soltos como abertura que reverbera, numa grande teia.

Como significativos resultados da modulação do campo durante o processo do pesquisar e também do passar do tempo e da história, nota-se uma desimportância gradativa da Pandemia como aspecto transversal - justamente fruto da evolução na saúde coletiva local e internacional no avanço científico no combate ao vírus e sua disseminação. Da mesma forma, verifica-se um menor encontro com narrativas que fizessem aparecer mais perspectivas interseccionais, como ilustrativo retrato do campo. Conforme apresentado, as discussões e entendimentos acerca dos marcadores sociais que constituem as produções de subjetividades ainda estão em processo inicial neste serviço, sendo a pequena aparição de tais análises nada menos que uma resposta do campo a esta abordagem.

Por fim, reforça-se a pergunta-tema de o que pode um CAPS I como estratégica para a produção da pesquisa e do trabalho, devendo a mesma nos nortear cotidianamente, bem como para os demais dispositivos e equipamentos que forjamos e executamos. É uma pergunta reflexiva que aposta no constante indagar-se sobre nossas práticas e produções de cuidado sobre o outro, tendo em vista este desafiador mandato social de assistir à saúde mental de uma população, com todas suas vulnerabilidades, potências e intercessores.

Poderia aqui tecer infinitos excertos narrativos que ilustram nossas reflexões e dão a cara do serviço e suas modulações no decorrer cartográfico. Todavia, entende-se a necessidade de encerrar, concluir uma etapa e seguir adiante, deixando espaço-tempo para decantação e continuidade. Optou-se por trazer questões e reflexões, numa costura de conceitos e cotidianos, intentando trilhar uma rede de sentidos, tão móvel quanto sustentadora. Contextualizada e passível de reverberações algo paradigmáticas, que possam vir a ampliar os estudos acerca dos interiores, dos CAPS I, chegando aos trabalhadores e possibilitando amplitude de nossos

fazeres - refletidos, ancorados e inventados. Que possamos escrever mais, nos mostrar mais, reformular conceitos-chão e, acima de tudo, viver bem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, A.; SILVA, J. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2015.
- ALVAREZ, A.; et al. As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; BENEVIDES, R. (orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008, p.300-318.
- BARREIRA, C.; FONSECA, J. Violência doméstica na pandemia: dados pandêmicos. Politize!, 28 abr. 2022. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-domestica-pandemia/>. Acesso em: 11 dez. 2022.
- BIRMAN, J. O trauma na pandemia do coronavírus. Ed? 2020
- BONDIA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Jan/Fev/Mar/Abr, nº 19, 2002.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Programa Crack é Possível Vencer, 2011. Disponível em:<<https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>>. Acesso em: 29 out. 2021.
- BRASIL Ministério da Saúde. Pacto Pela Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2006. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>. Acesso em: 19 out. 2021.
- BRASIL _____. Nota Técnica Nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019.
- BRASIL. _____. Portaria Nº 3.088, de 23 dezembro de 2011.
- BRASIL. _____. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / MS, 2010, 210p.
- BRASIL. _____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.
- BUENO, W. *Imagens de controle: um conceito do pensamento de Patrícia Hill Collins*. Porto Alegre: Zouk, 2020.
- CECCIM, R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004.
- COLLINS, P.; BILGE, S. *Interseccionalidade*. 1.ed. - São Paulo: Boitempo, 2021.
- CONASEMS. *Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal*. Brasília, 2009.
- CRUZ, N; GONÇALVES, R.; DELGADO, P. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.
- DAMIÃO, M. Nise da Silveira precursora da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Sol Nascente*, p. 126-135, 2022
- DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Historic landmarks of the brazilian psychiatric reform: transformations in legislation, ideology and praxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), p. 60-79, 2007.
- DELEUZE, G. *Conversações*. 1ª Edição, 3ª Reimpressão, Editora 34, Rio de Janeiro, 2000.
- DESTITUTE; WEBER, R. (org.). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: [s.n.], 2021.
- DESEMPREGO e sobrecarga recaem mais sobre mulheres na pandemia. Informe ENSP, 8 mar. 2022. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50956>. Acesso em: 11 dez. 2022.

- FARIA, R.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. R. RAÉ GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, Editora UFPR, 2009.
- FURTADO, J. ET AL. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(9):e00059116, set, 2016.
- GANDRA, A. Cinco estados tiveram mais de 20 mil ações policiais durante pandemia. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 18 ago. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-08/cinco-estados-tiveram-mais-de-20-mil-acoes-policiais-durante-pandemia>. Acesso em: 11 dez. 2022.
- HARDT, M. O trabalho afetivo (in Peter pal pelbart e rogerio da costa - o reencantamento do concreto 2003 SaúdeLoucura - direção de Antônio Lancetti. Produção Editorial - Editora Hucitec/Educ)
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Estimativa da população dos municípios para 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- KINOSHITA, R. Em busca da cidadania. In: Contra a maré à beira-mar. CAMPOS, F.; HENRIQUES, C. (orgs). Hucitec, ?, 1997.
- KRENAK, A. A vida não é útil. Companhia das Letras, 2020. LANCETTI, A. Clínica peripatética. Hucitec, São Paulo, 2006.
- LEAL, E.; DELGADO, P. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro, R.; Guljor, A.; Gomes, A.; Mattos, R. (Org.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, v. , p. 137-154, 2007.
- LEMKE, R.; SILVA, R. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. Psicologia & Sociedade; 25(n. spe. 2), 9-20, 2013.
- LIMA, E.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set, 2014.
- MARTINS, B.; COELHO, D.; PEREIRA, M.; PASSOS, R. (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. O Social em Questão - Ano XX, n. 37, p. 221-238, 2017.
- MERHY, E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco, T.; Peres, M. (Org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.
- _____. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. 1998.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.
- PANDEMIA reforça vulnerabilidade dos povos indígenas. Informe ENSP, 19 abr. 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51250>. Acesso em: 11 dez. 2022.
- PASSOS, E.; BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Abr 2000, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079
- PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 2, p. 391-414, Maio/Ago. 2013
- PASSOS, R. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. Em Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 45, v. 18, p. 116-129, Rio de Janeiro, 2020.
- _____. Trabalho, “Care”, Gênero: breves considerações para a saúde mental. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 2014.
- _____. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 126, p. 281-301, maio/ago, 2016.

- POPULAÇÃO negra e periférica é mais vulnerável à pandemia. Carta Capital, 14 out. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/covid-19-populacao-negra-e-periferica-e-mais-vulneravel-a-pandemia-diz-estudo/>. Acesso em: 11 dez. 2022.
- PRADO, G.; MOURA, M. Da transversalidade à transdisciplinaridade. Estudos em psicologia, no prelo, 2022.
- PRADO, G.; LIMA, C.; MNEMOSINE, M. A clínica política: experimentação e produção de vida. Vol.15, nº2, p. 34-52 – Parte Especial - Artigos, 2019.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.
- UCRÂNIA não deve depor armas, diz ativista ao receber Nobel da Paz. Folha de S. Paulo, 10 dez. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/guerra-da-ucrania/>. Acesso em: 11 dez. 2022.
- VASCONCELOS, M. ET AL. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. Comunicação, Saúde, Educação. 20(57):313-23, 2016.
- YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2006.
- ZANELLO, V. Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.