Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Com a palavra: os usuários - uma cartografia das
redes de cuidado em Saúde Mental**

Heloisa Elaine dos Santos

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública para obtenção do título de Mestre
em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientadora: Prof^a. Dra. Marília Cristina Prado
Louvison**

São Paulo

2016

Com a palavra: os usuários – Uma cartografia das redes de cuidado em Saúde Mental

Heloisa Elaine dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dra. Marília Cristina Prado Louvison

Versão corrigida

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Heloisa Elaine dos
- Com a palavra : os usuários - uma cartografia das
redes de cuidado em Saúde Mental / Heloisa Elaine dos
Santos; orientadora Marília Cristina Prado Louvison. --
São Paulo, 2016.
104 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo, 2016.

1. Saúde Mental. 2. Redes de Atenção. 3. Micropolítica
do trabalho em saúde. 4. usuário guia. 5. autonomia. I.
Louvison, Marília Cristina Prado , orient. II. Título.

Ao meu tio Sebastião Rodrigues dos Santos,

que como passarinho

ganhou asas na saudável loucura

de quem não se adapta

a um mundo de tantas regras

e assim, tornou-se imortal...

Onde estiver, receba meu carinho

Gratidão e gentileza...

Substantivos femininos encharcados de amor e cuidado...

Gratidão a minha mãe Nilta, que nessa vida de tantas asperezas, me mostrou onde achar a **leveza** que nos fortalece; ao meu irmão Eder que com sua experiência e carinho me tornou uma pessoa melhor (vamos nos divertir ainda muito mais!); ao meu pai Luiz (in memoriam) pela orientação nos primeiros passos do convívio com a diferença; e ao Astro pela companhia de todas as horas;

Gratidão a toda minha família que mostrou tanta **compreensão** em minhas ausências nos momentos em que eu gostaria de estar muito mais presente, em especial às minhas primas Patrícia e Simone e à minha madrinha Terezinha;

Aos trabalhadores e usuários pela **recepção** em seu cotidiano e por me possibilitarem vivenciar momentos tão ricos e potentes;

Aos meus amigos e amigas que me acompanharam nessa caminhada mesmo à distância, sempre na **torcida** por mim, em especial à Orises, Aidil, Luiza e Carla que me incentivaram desde o início e tanto me ensinaram nos anos que compartilhamos o cuidado dos usuários da UBS Eldorado;

Aos meus colegas de trabalho e aos usuários do CAPS Leste de Diadema pelo acolhimento e pela fabricação diária de ferramentas para o **cuidado**;

À Vivian pela **flexibilidade** nos meus horários de trabalho que permitiu que eu me dedicasse aos estudos;

À Ângela e à Gaby pelas longas e divertidas **conversas**, e por me lembrarem que em meio a tantos compromissos é possível produzir espaços para os bons encontros;

Ao Grupo de Micropolítica do Trabalho em Saúde da Faculdade de Saúde Pública pelos nossos encontros tão potentes e pelo **apoio** nos momentos mais complexos

da produção dessa pesquisa

À Erica pelos momentos de **reflexão** e compartilhamento, companheira nessa caminhada;

Às queridas marginais: Mariana L, Mariana F e Paula, pelos processamentos de campo onde havia **urgência** no falar;

Às Marilhetes pelo convívio e pelas nossas **discussões** e produções conjuntas;

Gratidão à minha eterna supervisora Lia, pela **companhia** em meus primeiros passos que marcaram toda a minha caminhada profissional;

Gratidão à minha orientadora, Professora Marília, que tanto me auxiliou, principalmente nos momentos em que a **paciência** e o foco eram mais necessários;

Gratidão à Professora Laura pela **acolhida** no grupo de estudos e pelos preciosos encontros intercessores.

ao pé da pena

todo sujo de tinta
o escriba volta pra casa
cabeça cheia de frases alheias
frases feitas
letras feias
linhas lindas
a pele queima
as palavras esquecidas
formas formigas
todas as palavras da tribo

por elas
trocou a vida
dias luzes madrugadas
hoje
quando volta pra casa
página em branco e em brasa
asa lá se vai
dá de cara com nada
com tudo dentro
sai

Paulo Leminski

Resumo

SANTOS, H.E. Com a palavra: os usuários – Uma cartografia das redes de cuidado em Saúde Mental [dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

A atenção à Saúde Mental como política de saúde tem passado por mudanças significativas fortemente influenciadas pela mobilização de trabalhadores da saúde mental, assim como de usuários e suas famílias, além de outros atores sociais. A Reforma Psiquiátrica, adotada como modelo de atenção à saúde mental no Brasil, é baseada nos ideais do Movimento da Luta Antimanicomial sendo contemporânea da Reforma Sanitária Brasileira e de movimentos internacionais contra os abusos e a violência do modelo asilar. No Brasil, atualmente o SUS tem como uma de suas premissas a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, considerando os princípios de universalidade, integralidade e equidade, bem como a Política de saúde mental de desospitalização e redução de danos. A produção do cuidado em Saúde Mental se dá em um campo marcado por disputas entre diferentes modos de ofertar ações e serviços de saúde e de compreender o lugar da “loucura” em nossa sociedade. Este estudo aborda o cuidado em saúde mental a partir do usuário no convívio com outros usuários e profissionais, utilizando os referenciais da cartografia como eixo de análise. Foram construídos analisadores da produção do cuidado em saúde mental, por meio de registro em diário de campo e processamento em coletivos de pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários. Os analisadores foram identificados a partir de cenas e diálogos vivenciados em campo de pesquisa e estão relacionados com a multiplicidade, o vínculo, a autonomia, a cronicidade e a participação. Estes trouxeram fortemente o olhar da micropolítica do trabalho vivo em saúde sobre os encontros intercessores, dando visibilidade ao cuidado em saúde mental em sua complexidade e singularidade na produção de autonomia e liberdade ao longo da vida, no máximo de sua potencialidade.

Palavras-chave: Saúde Mental, Redes de Atenção, Micropolítica do trabalho, Vínculo, Autonomia, usuário guia

Abstract

SANTOS, H.E. **Users voice - Cartography of mental health network** [Master's Degree Dissertation] University of Sao Paulo, College of Public Health, Sao Paulo, 2016

Mental health attention as a health policy is undergoing significant changes resulting from the mobilization of mental health workers, as well as users and their families, and other social players through the Anti-asylum Campaign. The Psychiatric reform, adopted as a model of mental health care in Brazil, is based on the ideals of the Brazilian health reform and international movement against abuses and violence of the asylum model. Currently in Brazil, SUS has as a premise the Psychosocial Support Network deployment, taking into account the principles of universality, integrality and fairness, as well as the principles of the mental health policy of deinstitutionalization and harm reduction. The Mental health care production takes place in a field marked by disputes between different models of mental health care and the comprehension of where "madness" is inserted in our society. This study addresses the mental health care from the user perspective and his relationship with other users and professionals, using the principles of cartography as the center of analysis. The research made possible the construction of analyzers, through the use of tools such as journaling and collective processing between researchers, managers, workers and users. The analyzers identified were related to multiplicity, bond, autonomy, chronicity and participation. The analyzer's discussion, through real life experiences observed in the field, gave emphasis to the micropolitics of living work in health about the intercessor's encounters. The main challenges to mental health care are related to the complexity and uniqueness of each user in the production of autonomy and freedom throughout his life, at the maximum of their potential.

Key words: Mental health, health care network, micropolitics of work, bond, autonomy, user guide

Índice

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	10
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS – DE COMO A PESQUISA FOI PRODUZIDA ANTES DE EXISTIR	11
2 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	15
2.1 A APOSTA DA GESTÃO: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	15
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	20
2.3 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PRODUÇÃO DO ENCONTRO	27
3 DA OPÇÃO PELA CARTOGRAFIA COMO UM PROCESSO DE BRICOLAGEM: OBJETIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO.....	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 A MULTIPLICIDADE NAS REDES DE CONEXÃO	40
4.2 A PRODUÇÃO DA AUTONOMIA ENQUANTO PROJETO TERAPEUTICO E A PRODUTIVIDADE COMO MODO DE FABRICAÇÃO DE VIDA	49
4.3 A FABRICAÇÃO DO CUIDADO E A PRODUÇÃO DE VÍNCULO: O ENCONTRO INTERCESSOR.....	60
4.4 CRONICIDADE: DESAFIOS À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PRIMEIROS PASSOS DE UMA NOVA CAMINHADA	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	99
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - trabalhadores e Gestores	99
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - usuários dos serviços	101
CURRICULO LATTES	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
USP	Universidade de São Paulo
MTSM	Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
MS	Ministério da Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS – DE COMO A PESQUISA FOI PRODUZIDA ANTES DE EXISTIR

Nestas considerações iniciais pretendo apresentar algumas das vivências e reflexões que me levaram ao interesse por estudar a produção do cuidado na RAPS. Este interesse remonta à época da graduação, onde as diferentes experiências, seja no estágio de Psicologia Comunitária, onde trabalhei com pessoas com HIV e fiz meu projeto de iniciação científica, ou nos projetos da Universidade Solidária, nos quais tive meu primeiro contato com a estratégia de saúde da família, me aproximaram cada vez mais do interesse em Saúde Pública e fizeram crescer em mim o desejo de trabalhar com a Prevenção e Promoção em Saúde. Nessas oportunidades pude experimentar a potência dos encontros e dos afetos no cuidado em saúde, assim como a potência do trabalho em equipe multidisciplinar. A experiência de se desterritorializar, em vários sentidos, seja no deslocamento físico até a região onde os projetos foram desenvolvidos, seja nos deslocamentos dos sentidos e dos saberes, agiu como intercessora, provocando novas formas de pensar, sentir e agir, que “contaminaram” e se tornaram constitutivos de mim.

Foi também na época da graduação que passei a vivenciar a produção do cuidado em Saúde Mental “por dentro”; uma inserção involuntária e dolorida dentro da rede de Saúde Mental, com as primeiras crises de meu irmão. Minha implicação de estudante de psicologia, soma-se à de usuária do serviço pois acredito que a família também é, ou deveria ser, alvo de ações cuidadoras dos serviços de saúde mental, visto que a loucura também está no convívio e na dinâmica familiar.

Estas poderiam ser histórias paralelas, mas não são, justamente porque são partes de um todo e se atravessam a todo momento.

Após a graduação ingressei no Programa de Aprimoramento e Especialização em Psicologia Hospitalar, onde passei um ano na enfermaria e no ambulatório da Divisão de Moléstias Infecciosas, clinicando e participando de diversas atividades multidisciplinares supervisionadas. Este foi um período muito rico de desconstruções e reconstruções, de novos saberes e experiências. Pude me aproximar da prática de outras categorias profissionais e conhecer um grande serviço de saúde. Entre tantos

aprendizados, um dos que mais me marcaram neste período foi o impacto da comunicação, ou de sua ausência, sobre o cuidado dentro do ambiente hospitalar. Pensava que as angústias e sofrimentos, tanto dos usuários do serviço, quanto dos profissionais, poderiam ser evitados ou minimizados se as pessoas conseguissem conversar, suportar a impotência frente algumas situações, bem como acolher o sofrimento do outro e reconhecer o seu próprio sofrimento a ser acolhido. Passados todos estes anos, com outras leituras e outras tantas experiências, percebo que não se tratava apenas de uma questão de comunicação, mas também de relações de poder-saber e das afecções provenientes dos encontros.

Pouco tempo após finalizar o aprimoramento, ingressei no processo seletivo para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e pude, finalmente, vivenciar o SUS no nível da Atenção Primária. Foi neste período que entrei em contato com autores como Gastão Wagner, Luiz Cecílio e Emerson Merhy, entre outros. Discussões sobre o processo saúde-doença, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, produção do cuidado, além de um contato maior com a história da Reforma Sanitária Brasileira, provocaram em mim uma postura mais crítica frente às crenças que eu construía sobre a Estratégia de Saúde da Família e as Políticas de Prevenção e Promoção à Saúde.

A experiência da inserção em uma Unidade de Saúde da Família proporcionou a aproximação com o serviço e com a comunidade assistida, além de um contato com a rede de serviços de saúde da região leste de São Paulo. Enquanto residente, minha circulação nestes espaços era mais livre e desburocratizada que a dos profissionais da rede e pude observar a produção do cuidado em diferentes situações. Minha percepção era de que o vínculo com a comunidade favorecia o cuidado. Os profissionais tinham acesso à casa das pessoas assistidas, às famílias e à comunidade, realizavam visitas domiciliares e ações coletivas em espaços comunitários (Igrejas, Associação de Moradores, etc.) porém, o papel dos usuários no seu próprio cuidado nem sempre era reconhecido como parte integrante da elaboração dos projetos terapêuticos. Além disso, a relação com a rede de serviços restringia-se aos encaminhamentos de maneira burocrática, o que me parecia frágil em alguns aspectos, principalmente, no cuidado singularizado tão necessário. Durante o período em que estive naquela região o Centro de Atenção Psicossocial foi o único equipamento que teve uma maior proximidade com a Unidade de Saúde

da Família através de reuniões para discussões teóricas e de manejo dos casos em comum. A partir dessas experiências percebi que há muita potência na Estratégia de Saúde da Família, mas existem muitos pontos críticos e desafios a serem enfrentados.

Em 2007, ao final da residência, iniciei um trabalho no município de Diadema, como psicóloga em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No NASF priorizamos trabalhos de apoio direto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família e a articulação de rede, seja de saúde ou intersetorial. Atualmente continuo no mesmo município, porém, compondo a equipe de um CAPS III da região.

Importante ressaltar que a todo momento são acessadas em mim a profissional, a militante e a usuária do serviço. Como familiar de um usuário da RAPS, muitas vezes me senti sozinha, sem apoio dos serviços de saúde e mesmo desconsiderada pelos profissionais durante o trajeto pelos diferentes equipamentos que atenderam ao meu irmão e à nossa família. Por um longo período resisti a me envolver diretamente com o trabalho de assistência às pessoas com Transtornos Mentais e com os CAPS, visto que a “cartesiana em mim”, exigia um distanciamento do objeto de trabalho, um tipo de pasteurização que eu não me sentia capaz de exercer. Também é constitutivo de mim o compromisso com o trabalho e com o cuidado em saúde e, então, ao começar o trabalho em Diadema me dispus a acompanhar os “casos graves” em Saúde Mental da região de abrangência das equipes que referenciava. Esta atitude foi decisiva em todo o processo que se seguiu pois percebi que o cuidado não é cartesiano, que sempre somos afetados pelos diferentes encontros e que aquilo que eu pensava ser uma fragilidade, poderia ser um potencializador do cuidado.

Este não foi um processo linear, mas todas estas experiências tiveram em mim o efeito de causar um incômodo com os processos de trabalho e a produção do cuidado em saúde e, mais especificamente, em saúde mental. Este incômodo contribuiu para o meu desejo de voltar a estudar e foi então que tive a oportunidade de me inserir no grupo de estudos de Micropolítica na Faculdade de Saúde Pública da USP, coordenado pela Professora Laura Feuerwerker. A participação neste grupo de estudos e pesquisa foi fundamental na elaboração e execução da minha pesquisa de mestrado, mas também, em minha atuação profissional e pessoal ao

promover uma aproximação com um referencial teórico que fez todo sentido para as minhas questões e dialogou com as minhas angústias. Entrei em contato com novos modos de fazer pesquisa, que compõem com a implicação do pesquisador e valorizam o encontro com o objeto de estudo

No atual caminho de meu mestrado, além da imersão na Pesquisa da Rede de Avaliação Compartilhada que se propõe a estudar a produção do cuidado em redes, considerando que avalia quem pede, quem faz e quem usa, há também minha aproximação com a discussão sobre redes de atenção e gestão do cuidado. Essa é uma experiência interessante que me provocou deslocamentos na forma de pensar a produção do cuidado. Acostumada a lidar com o cotidiano do cuidado, a nível da assistência, fui provocada a olhar a partir de outros lugares e olhares: a gestão dos serviços e os usuários dos serviços. Estas são visões complementares dos vários planos de produção e análise pelos quais transito e, em sua complexidade, me formam como pessoa e pesquisadora. Assim cheguei até aqui e me permito compartilhar um pouco dessa construção com todos vocês.

2 - A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O cuidado em Saúde Mental é um campo em permanente construção e, consequentemente, marcado por diferentes projetos em disputa. Por se tratar de uma produção que se dá no cotidiano do trabalho em saúde, é afetado tanto pelos arranjos políticos e gerenciais, quanto pelos encontros entre trabalhadores e usuários, sem esquecer de outros planos de produção de vida destes usuários e suas relações comunitárias e familiares.

No Brasil, nas últimas décadas, vem sendo implantado um modelo de cuidado em saúde mental em caráter substitutivo ao modelo asilar, baseado nos princípios propostos pela Luta Antimanicomial. Esse novo arranjo enfrenta diferentes desafios que vão desde a garantia de acessibilidade à rede de cuidados até a mudança efetiva nos modos de produção do cuidado no cotidiano dos serviços e na sociedade em geral (ASSIS et al, 2014).

2.1 A APOSTA DA GESTÃO: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à Saúde Mental como política de saúde vem passando por mudanças significativas decorrentes da mobilização de trabalhadores da saúde mental, assim como de usuários e suas famílias, além de outros atores sociais através da Luta Antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica, adotada como modelo de atenção à saúde mental no Brasil, é baseada nos ideais desse movimento sendo contemporânea do Reforma Sanitária Brasileira e de movimentos internacionais contra os abusos e a violência do modelo asilar. No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está sendo construída no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios, diretrizes e desafios.

Esta relação é explicitada com o Decreto nº 7.508/11 que entre outras providências, define as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial. A Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de

identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A Rede de Atenção à Saúde compõe-se por um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Com o Decreto 7508/11 as ações de saúde mental passam a fazer parte do conjunto de exigências fundamentais para a instituição das regiões de saúde em conjunto com a atenção primária, urgência e emergência, vigilância em saúde, atendimento ambulatorial especializado e hospitalar. Esta Rede de Atenção à Saúde Mental em relação a um território é desenhada na singularidade do processo de cuidado e permite uma definição ampla tanto do conceito de Rede quanto de Território, visto que ambos se constituem na relação com o usuário, ou seja, são situacionais.

A questão da integralidade está intimamente ligada à produção do cuidado e é tema de diversos estudos. A partir das necessidades de saúde, CECÍLIO (2001) faz uma definição ampliada da integralidade e da equidade. A integralidade pode ser compreendida em diferentes dimensões. Uma destas dimensões, a “integralidade focalizada” é fruto da confluência de diversos saberes de diferentes profissionais em uma equipe multiprofissional dentro de uma equipe de saúde e pressupõe um esforço destes na escuta da demanda trazida pelo usuário e na decodificação das necessidades de saúde contidas nela. Mais do que treinar a equipe para seguir modelos previamente definidos, a gestão deve enfatizar a organização da atenção e capacitação dos trabalhadores em maior capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde. FEUERWERKER (2014) lembra que as necessidades de saúde podem ser desde boas condições de vida, até o acolhimento e a escuta, além do vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado em conjunto com os usuários.

Retomando as necessidades de saúde, também há as que dizem respeito ao acesso aos serviços e às tecnologias que forem necessárias ao cuidado em momento oportuno. Essas necessidades de saúde exigem uma articulação de rede que garanta a integralidade do cuidado, como a batalha por melhorias nas condições de

vida e o acesso aos serviços e tecnologias. A esta dimensão do cuidado que envolve o trabalho em rede, CECÍLIO (2001) chama de “integralidade ampliada”.

A integralidade enquanto norteadora da atenção, coloca na agenda da gestão o imperativo de organizar não apenas os serviços, mas também as práticas de saúde em torno das necessidades de saúde da população. (FEUEWERKER, 2014). Esta integralidade é um objetivo de rede e não de um serviço, como tal, coloca em questão o modelo do sistema de saúde enquanto uma pirâmide caracterizada por um fluxo rígido e hierarquizado onde a atenção primária seria o local privilegiado para a produção do cuidado, quando o que se percebe é uma circularidade da produção do cuidado nos diferentes pontos da rede (CECÍLIO, 2001)

CECÍLIO (2001), MERHY et al (2014) e FEUERWERKER (2014) propõem uma discussão sobre a produção do cuidado em redes e a necessidade de se incluir a relação trabalhador-usuário-serviços de saúde na agenda da gestão das redes de atenção. Para MERHY et al (2014), a discussão sobre as redes de cuidado não pode se resumir à discussão macropolítica por esta ser esvaziada de reflexão sobre a dimensão micropolítica do cotidiano e propõe trazer para o foco a micropolítica do encontro e a produção das redes vivas de conexões existenciais.

MERHY et al (2014) aponta que as redes analógicas institucionalizadas, como a noção de rede primária e secundária, embora possam disparar a produção de cuidado, serão atravessadas por outras redes onde imperam outras lógicas. As redes vivas são circunstanciais, de caráter digital, não obedecem a um ordenamento lógico como o das redes analógicas, possuem maior fluidez e fazem conexões em diversos pontos da rede. Esta leitura das redes agrega à gestão do cuidado a necessidade de se debruçar sobre a questão das multiplicidades de existências atendidas pelos trabalhadores nos serviços de saúde e sobre suas implicações para o processo de produção do cuidado.

FEUERWERKER (2014) aponta para a necessidade de uma gestão do cuidado que ultrapasse a gestão de serviços na construção de uma rede de atenção, onde se repense o papel e a potência dos usuários na produção do cuidado e na gestão de sua própria vida. Há que se considerar a micropolítica das relações na produção das redes de atenção, fazendo-se necessária a construção e pactuação de estratégias de produção de cuidado com participação de usuários e trabalhadores para evitar

que seja reproduzido o modo hegemônico de relação sujeito-objeto nas ações e serviços de saúde

“(...) há que se produzir estratégias para que, direta ou indiretamente, ‘a vida’ que sempre vem junto com o usuário possa ser percebida e levada em consideração e para que o usuário (e suas razões, desejos, possibilidades, apostas) sejam parte fundamental da agenda que deve ser construída de modo cooperativo. (FEUERWERKER, 2014, p.107)

As redes de cuidado são Redes Vivas marcadas pelas multiplicidades e singularidades dos sujeitos e são produzidas nos diferentes contextos de grupalidade e modos de viver, onde os usuários também produzem o cuidado, disputando com outras lógicas que habitam o mundo das instituições. Estas multiplicidades devem ser trazidas para dentro dos muros destas instituições rompendo com a centralidade dos saberes próprios e limitados da área da saúde, colocando em análise a relação assimétrica entre o profissional de saúde detentor do conhecimento sobre a melhor forma de viver e o usuário entendido como desprovido de conhecimentos. Colocar em foco os sujeitos com suas multiplicidades e singularidades nos serviços de saúde e na rede de cuidados, agregando os diferentes saberes e articulando a máxima integralidade no cuidado seja dos profissionais, das equipes ou outros, assumindo a complementariedade desses saberes, está na gênese da integralidade ampliada. (MERHY et al, 2014; CECÍLIO, 2001)

Os usuários dos serviços, ao circularem, não apenas pela rede de atenção à saúde, mas pelos territórios de sua existência, constroem de maneira singular o seu processo de cuidado e *“(...) esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidade e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam e convidam as equipes a esta mesma experimentação desterritorializante”* (MERHY et al, 2014, p.156). Essa experimentação se apresenta como um desafio às equipes de saúde, desafio de sair dos territórios pré-concebidos e trazer para dentro dos serviços de saúde a diversidade e as singularidades dos usuários e do mundo que fica para fora dos muros institucionais. É necessário que se produzam diversas redes de conexões e que os profissionais se coloquem em relação com os usuários e se incluam em suas redes existenciais deixando-se afetar, aumentando a visibilidade sobre as produções

de vida destes e promovendo trocas e conexões que contribuam para suas potências e ampliem os recursos disponíveis para a produção do cuidado.

Para FEUERWERKER (2014) a existência de uma rede de cuidados está condicionada à ampliação das ofertas em saúde articuladas com outros setores, sendo necessárias articulações intersetoriais para além dos contatos burocráticos, na construção e pactuação de agendas comuns. Na reorganização dos processos de trabalho, as agendas não devem se restringir às prioridades, pois embora sejam ferramentas importantes na produção do cuidado, podem causar certas invisibilidades ao enrijecer as agendas e direcionar o olhar dos profissionais. A escuta ampliada onde a demanda espontânea surja como um analisador das necessidades não percebidas ou não valorizadas epidemiologicamente podem contribuir para a integralidade do cuidado. O olhar para o território permite a elaboração de novas estratégias para a produção do cuidado que favoreçam o protagonismo dos usuários na elaboração dos projetos terapêuticos. O uso de dispositivos de análise do trabalho, como fluxograma analisador, mapas analíticos, dramatizações, etc., podem ser úteis ao processo de ampliar a escuta, favorecendo a responsabilização e as relações cooperativas dentro das unidades. Esta discussão e articulação em torno de situações complexas favorecem a produção de equipes e de redes. No entanto, para que estes dispositivos atinjam seus objetivos, faz-se necessária a mediação e aportes que propiciem seu acompanhamento e orientação. Estes dispositivos vêm sendo implantados de maneiras diversas em diferentes municípios, por exemplo, nos moldes do apoio institucional, apoio matricial, entre outros. Este tipo de mediação exige investimento por parte da gestão na produção do cuidado em vários âmbitos.

2.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A forma como o louco e a loucura são entendidos e tratados mudou no decorrer dos séculos e, no Brasil, atualmente, está sob a ótica dos princípios da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, sem com isso dizer que se tornou ponto pacífico onde não há disputas entre abordagens teóricas e práticas sobre a compreensão e a abordagem às pessoas com sofrimento decorrente de transtornos mentais. Foucault foi um dos autores que mais se dedicou a discutir os processos que levaram às diferentes abordagens ao louco e à loucura, contribuindo com as reflexões de diversos outros autores.

Ao fazer uma análise das condições que levaram à crise da psiquiatria e ao surgimento da antipsiquiatria, FOUCAULT (2015) afirma que a prática do internamento surgiu no início do século XIX e coincidiu com uma nova percepção da loucura enquanto uma desordem do modo de agir, de querer, de sentir paixões, tomar decisões e ser livre. O hospital psiquiátrico do século XIX torna-se local de diagnóstico e classificação, mas também é o espaço fechado para intervenções de confronto, lugar de disputas e onde se trata de vitória e submissão. Para AMARANTE (1998) o século XIX marca o início do olhar científico como prioritário sobre o fenômeno da loucura transformando-a em objeto de conhecimento e intervenção médica: a doença mental, constituindo desse modo o saber e a prática médica psiquiátrica baseados na medicina biológica e em seus métodos de observação e descrição dos fenômenos. Este modelo de psiquiatria influencia a prática psiquiátrica até os dias atuais baseando-se em modelos medico-científicos de pretensa neutralidade.

Se até o século XVIII a loucura era percebida como um erro, pertencente às quimeras do mundo e, como tal, podia viver entre elas, no século XIX passou a ser relacionada à conduta regular ou normal e, portanto, passível de intervenção no sentido de retomar as atitudes “regulares”. Os asilos tinham, então, função semelhante àquela confiada aos hospitais do século XVIII, a saber: lugar de descobrir a verdade da doença mental, classificando-a e, também, lugar de confrontá-la e subjuga-la. (FOUCAULT, 2015)

“O grande médico do asilo (...) é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente.” (FOUCAULT, 2015, p. 203)

AMARANTE (1998) identifica na obra de Pinel¹, baseada em uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura, o início da medicalização do hospital e apropriação da loucura pelos médicos. Pinel, ao negar um modelo de hospital mais social e filantrópico, promoveu a sua primeira reforma inaugurando o hospital psiquiátrico. Ainda segundo AMARANTE (1998) posteriormente à reforma de Pinel, outros movimentos colocaram em questão o papel e a natureza da instituição asilar, além do próprio saber psiquiátrico, e cita como exemplos:

- as reformas restritas ao modelo asilar: como as comunidades terapêuticas, com enfoque nas terapias em grupo e a psicoterapia institucional, que procura recuperar o potencial curativo do hospital psiquiátrico através de uma terapia que se volta para o espaço institucional;
- as que superaram em algum nível as reformas do modelo asilar: como a psiquiatria de setor que incluiu o território no tratamento da população e a ideia de evitar ao máximo a segregação e isolamento do doente, e a psiquiatria preventiva que aponta a possibilidade de se prevenir e erradicar as doenças mentais e os seus consequentes males para a sociedade, e;
- as reformas que promoveram rupturas com os modelos anteriores colocando em questão o dispositivo médico-psiquiátrico: como a antipsiquiatria, que coloca em questão os valores e as práticas psiquiátricas vigentes buscando um diálogo entre a razão e a loucura, e as experiências surgidas a partir de Basaglia que buscam uma desconstrução do manicômio, dos dispositivos e do paradigma psiquiátricos.

Com relação aos movimentos de reforma, FOUCAULT (2015) identifica dois processos distintos que nomeia despsiquiatrização e antipsiquiatria. O primeiro movimento de despsiquiatrização surgiu logo após de Charcot e propôs um deslocamento no poder médico com o propósito de um saber mais exato, outro

¹ Philippe Pinel foi médico e psiquiatra francês (1745 – 1826). Principal e primeira expressão do médico clínico. Inovou ao tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais como a demência precoce ou esquizofrenia. (AMARANTE, 1998)

ponto de aplicação e novas medidas. Uma primeira forma de despsiquiatria, a psiquiatria de produção nula, propôs reduzir a verdade da doença à sua realidade estrita, suficiente para que se possa diagnosticar como doença mental, e às técnicas necessárias para que estas manifestações apareçam. Articula diretamente o diagnóstico com a terapêutica, numa “Pasteurização” do hospital psiquiátrico. A psicocirurgia e a psicofarmacologia são duas de suas formas mais notáveis. Outra forma de despsiquiatria descrita por FOUCAULT (2015) é o oposto da anterior, à medida em que torna a produção da loucura em sua verdade o mais intensa possível, mas com um investimento das relações de poder médico-paciente nesta produção. Propõe o afastamento dos efeitos característicos do poder asilar e segue regras como: encontro privado, contato livre entre o médico e o doente, limitação dos efeitos da relação ao nível do discurso. Ambas as formas de despsiquiatria são conservadoras do poder, uma porque anula a produção da verdade e a outra porque tenta adequar a produção da verdade ao poder médico.

A antipsiquiatria coloca as relações de poder no centro do campo problemático e as questiona de maneira primordial. Pretende dar ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, mas não pelo poder ou pela sua normalidade. A desmedicalização da loucura relaciona-se com estes princípios da antipsiquiatria. Contrapondo a antipsiquiatria à despsiquiatria (psicanálise e psicofarmacologia) estas remetem à uma medicalização excessiva da loucura. (FOUCAULT, 2015)

“No cerne da antipsiquiatria existe a luta com, dentro e contra a instituição. Quando no começo do século XIX, foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social, que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes. (...) é precisamente a instituição como lugar, forma de distribuição e mecanismo dessas relações de poder, que a antipsiquiatria ataca.” (FOUCAULT, 2015, p.209-10)

A tradição basagliana² partiu de uma experiência inicial de comunidade terapêutica, porém, logo percebeu-se que apesar das mudanças provocadas no espaço asilar, a

²Franco Basaglia (1924-1980) foi médico e psiquiatra italiano, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Assumiu uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento),

comunidade terapêutica não colocava em questão as relações de poder médico/paciente e nem as questões de tutela e custódia. O projeto de Basaglia era de desconstrução de um modelo de atenção, dos saberes e práticas comprometidas com a produção da loucura reduzida à condição de doença e, para tanto, foram adotadas diversas frentes neste processo de desinstitucionalização, que não pode ser confundido com desospitalização, pois que pretende uma inserção social e a potencialização da autonomia dos sujeitos na relação com a comunidade e utiliza-se de recursos como a criação de centros de atenção à crise, moradias em grupos de apartamentos na comunidade e cooperativas de trabalho. (AMARANTE, 1998).

Estes ideais da antipsiquiatria traduzem-se no Brasil no Movimento da Luta Antimanicomial ou Reforma Psiquiátrica, que tem como princípio básico a proposta de uma ruptura com a tradição científica que se relaciona com o louco e a loucura enquanto objeto de conhecimento e intervenção, propõe-se também uma ruptura com a patologização dos comportamentos humanos, das diferenças e da diversidade. Ao deixar de se ocupar da doença e passar a dedicar-se aos sujeitos e suas singularidades, o cuidado deixa de ser prescritivo e passa a ocupar-se da construção de possibilidades para estes sujeitos. Para AMARANTE (1999) o cuidado é produzido:

“(...) através de investimentos nos campos epistemológico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político, e a partir de ações específicas no campo sociocultural, busca-se uma transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade e assim por diante.” (p. 50-51)

Levar o cuidado em saúde mental para a comunidade pressupõe práticas sociais inclusivas e marcadas pela solidariedade. Estas práticas encontram diversos obstáculos políticos, sociais e ideológicos que elencam os interesses dos serviços privados, a visão biologicista de alguns segmentos da clínica psiquiátrica e a crescente patologização do sofrimento e da natureza humana pela indústria farmacêutica com o apoio do saber psiquiátrico e psicológico. Os ideais da Luta Antimanicomial colocados em prática na criação de uma rede substitutiva ao modelo asilar e às instituições totalitárias, trazem novas liberdades e potencialidades,

sendo, portanto, excludente e repressora. Suas ideias influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1996)

porém, AMARANTE (1999) pontua a possibilidade de que a implantação de hospitais dia, centros de atenção psicossocial e outros serviços, podem representar o surgimento de novos mecanismos de controle e de patologização da vida. Este apontamento desperta a necessidade de um olhar para a RAPS (rede de atenção psicossocial) e de uma reflexão crítica sobre a produção de cuidado em saúde mental.

O processo que deu início às mudanças nas políticas públicas de Saúde Mental adotadas hoje no Brasil, remonta à Luta Antimanicomial e aos primeiros movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A história da Reforma Psiquiátrica Brasileira está intimamente ligada à história da Reforma Sanitária e a todo movimento social e político vivido principalmente nas décadas de 80 e 90, período este marcado por grande transformação social e cultural, mas também está ligada a um movimento internacional de luta pela superação da violência asilar.

A Reforma psiquiátrica compreende uma complexa transformação das práticas, saberes e valores culturais e sociais e avança no cotidiano das instituições e das relações interpessoais enfrentando impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005) uma sequência de fatos ocorridos nos anos 80 e 90 marcam o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. No início dos anos 1980 começam a aparecer as primeira propostas e ações para a reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais, inspiradas pela experiência italiana de desinstitucionalização da psiquiatria.

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, surgem debates a nível nacional sobre a rede de saúde mental e qual o papel dos hospitais psiquiátricos, culminando em 1989 com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado propondo uma rede de assistência extra hospitalar, entre outras ações. Neste mesmo período, as denúncias de maus tratos, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico na cidade de Santos/SP), além da inauguração do primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, deram início a criação de estratégias de desinstitucionalização da assistência em saúde mental. (BRASIL, 2005).

A Reforma psiquiátrica é adotada como política de Estado brasileiro e instituída pela Lei 10216/01 é aprovada 12 anos após o projeto de Lei Paulo Delgado dar entrada no Congresso Nacional. Esta Lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios; (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, desde a década de 1990, vem trabalhando na implantação de modelos que surgiram com o Movimento da Luta Antimanicomial. Inovações como o território como conceito organizador da atenção, a expansão dos CAPS em suas diferentes modalidades e a redução significativa do número de leitos e de hospitais psiquiátricos, entre outras, ampliaram o acesso e promoveram a interiorização da assistência em saúde mental. (ASSIS et al, 2014).

A Atenção à Saúde Mental vem sendo organizada em torno de uma proposta de modelo substitutivo ao modelo asilar e, para tanto, conta com diferentes serviços em articulação entre si, com outros serviços de saúde e intersetorialmente, sendo inseridos no território.

A Portaria GM 3088/11 republicada em maio/13 instituiu a RAPS – Rede da Atenção Psicossocial, caracterizada pela territorialidade e pela centralidade nas necessidades de saúde das pessoas e seus objetivos principais são o cuidado e a reinserção social. Diversos pontos de atenção compõem a RAPS e muito tem regulamentação específica, como a Atenção Básica, urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar em hospitais gerais, reabilitação psicossocial e estratégias de desinstitucionalização. São princípios da RAPS os direitos humanos, a garantia de autonomia e liberdade, a promoção da equidade, do exercício da cidadania e da inclusão social, além do enfrentamento de estigmas e preconceitos.

A RAPS compõe-se não apenas dos equipamentos públicos e serviços como os CAPS e Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros, mas também por todos os recursos que os usuários produzem enquanto redes de cuidados. Para ASSIS et al (2014), “a RAPS tem duas dimensões: uma normativo-institucional, que afirma uma

unidade institucional da rede; outra operacional, prática, concreta, que depende das relações efetivas entre as pessoas. ” (p.92)

Segundo ASSIS et al (2014) apesar do grande avanço da RAPS, o acesso continua sendo um dos maiores desafios visto a constatação de grandes vazios assistenciais. Principalmente na Região Norte do Brasil. Outra questão que se apresenta como desafiadora é a mudança da lógica da assistência pautada no controle dos sintomas, superando a percepção manicomial onde a crise é compreendida como um fenômeno autônomo descolado do contexto sócio-relacional e caminhando para um maior acolhimento dos sujeitos, considerando seus vínculos e sua história e favorecendo o efetivo exercício de poder de usuários e seus familiares.

As situações de urgência e emergência também apresentam –se como um desafio para a RAPS que tem na garantia de acesso ao cuidado, na perspectiva da integralidade, uma de suas principais estratégias. O manejo destas situações agudas pode facilitar a continuidade do cuidado ou prejudicá-lo, a depender da articulação e da cooperação entre os profissionais e pontos de atenção. A Atenção básica apresenta-se como espaço potencial, em articulação com os demais pontos de atenção da RAPS, na elaboração de estratégias e alternativas à patologização da vida e ao sofrimento das pessoas. (ASSIS et al, 2014)

2.3. CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PRODUÇÃO DO ENCONTRO

Em uma definição mais ampla e coloquial, o cuidado pressupõe uma relação onde há o que cuida e o que é cuidado, que pode promover maior ou menor autonomia de quem recebe cuidado. A produção do cuidado deve ser compreendida dentro dos processos de trabalho em saúde marcados pelo trabalho vivo em ato, ou seja, que operam como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades e para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção, no entanto, esse agir surge dentro das práticas cuidadoras que vem sendo construídas nos últimos séculos, e onde há hegemonia do modelo médico. (MERHY, 2014)

Segundo MERHY (1998), para além de apostas nos procedimentos da organização e nas questões administrativas e financeiras das instituições de saúde, faz-se necessário ocupar-se da maneira como os trabalhadores de saúde se relacionam com a vida e o sofrimento dos indivíduos e aposta na construção de novo tipo de vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços na produção do compromisso cotidiano do trabalhador diante do cuidado.

AYRES (2004) sugere que a consolidação de novos discursos e práticas em saúde pública dependem de transformações no modo de pensar e de fazer saúde e considera que o cuidado é algo que se dá no encontro, sem determinação prévia e que é construído na interação, sempre na perspectiva do fluxo do tempo e ao devir da existência. A integralidade do cuidado exige a incorporação de outros saberes, além do conhecimento biomédico, que colaborem para a reconstrução das ações de saúde e produção do cuidado. Porém, esta ampliação não é suficiente para a produção do cuidado. Este compreende também as tecnologias que estão implicadas nas relações intersubjetivas, as tecnologias leves descritas por MERHY (1998) e que AYRES (2004) identifica como espaço de conversação e otimização da interação.

As tecnologias envolvidas no processo de produção do cuidado são prioritariamente as tecnologias leves à medida em que se dão nos encontros e espaços intercessores e possibilitam uma aproximação com as necessidades, desejos e

potências dos indivíduos, sejam eles usuários do SUS, suas famílias e mesmo os profissionais de saúde; DELEUZE (1992) aponta que há nestes espaços intercessores ligações entre espaços vizinhos, linhas que interferem entre si sem deixar de serem criadoras, é portanto, este o espaço potencial de criação e produção do cuidado. Para DELEUZE (1992, pág. 160): “O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem ele não há obra. Podem ser pessoas, (...), plantas, até animais...”

Os espaços intercessores se dão nos encontros, um processo singular, que se dá em tempo e espaço únicos, é uma relação intersubjetiva da produção de um coletivo novo. A produção do cuidado em saúde é caracterizada justamente por esta produção e consumo em ato. Segundo MERHY (1998, p.13)

“Quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros e em ato”

Este espaço do encontro entre os profissionais de saúde e os usuários é rico em possibilidades de produção e de intervenção pactuadas. Há a necessidade de os profissionais e serviços de saúde voltarem-se ativamente à presença do outro no espaço assistencial, como um esforço na reconstrução das práticas de saúde. Os ruídos nesta relação serão percebidos, por exemplo, nas queixas dos usuários sobre falta de acolhimento e responsabilização nas relações de trabalho em saúde (MERHY, 1998; AYRES, 2004)

O espaço de encontros intersubjetivos, este espaço intercessor, é prioritariamente lugar de conversação, de trocas, de falas e escutas. É no espaço intercessor onde as necessidades em saúde podem ser escutadas a depender dos recursos tecnológicos disponíveis nesta relação. Para AYRES (2004, p85) “[...] é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência”.

Considerando a questão das “necessidades de saúde” como norteadora da produção do cuidado, essa passa a ser uma possibilidade de se trabalhar na prática com as equipes de saúde o tema da integralidade e da equidade em saúde, visto que estas são características do cuidado que devem ser trabalhadas nos espaços

singulares de gestão do cuidado, nos lugares de encontro dos trabalhadores de saúde e dos usuários. As necessidades de saúde podem ser divididas em quatro grandes conjuntos: as necessidades de boas condições de vida; de ter acesso e poder consumir tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; de criar vínculos afetivos entre usuários e equipes/profissionais e a de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida. CECILIO (2001)

Um indivíduo que demanda por atenção em saúde busca pelo conhecimento e intervenção que identifica nos serviços e profissionais de saúde. Esta interação terapêutica apoia-se nas tecnologias e no saber científico, mas não se limita a eles. É no campo das relações que se possibilita a produção do cuidado, no diálogo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz (AYRES, 2004).

Ainda sobre as necessidades em saúde, deve-se considerar que ter boas condições de vida deve extrapolar os fatores ambientais externos determinantes do processo saúde-doença, e considerar também o lugar ocupado pelo sujeito no processo produtivo na sociedade capitalista, visto que a maneira como se vive é traduzida em diversas necessidades de saúde. Com relação ao acesso às tecnologias, deve-se levar em conta que há as tecnologias duras, leves e leve-duras e que não há relação de hierarquia entre elas. O que torna uma tecnologia mais necessária a cada pessoa é o momento de vida e novamente, suas necessidades de saúde. E, por fim, ter maior autonomia nos modos de andar a vida não se restringe a ter mais educação e informação e sim, ressignificar a própria vida incluindo a luta pela satisfação de suas próprias necessidades (CECILIO, 2001). Estas são apostas em planos de grande disputa, onde a cada momento há capturas de diversas ordens, seja do trabalho vivo dos trabalhadores, ou da autonomia dos usuários dos serviços.

Torna-se necessário um conhecimento das diversas nuances existentes nestes encontros de desejos e percepções de necessidades que possam colaborar na elaboração e aprimoramento dos processos de trabalho em saúde e mais especificamente em Saúde Mental.

Como visto, os encontros têm papel fundamental na produção do cuidado em saúde mental e são espaços privilegiado na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários devido à oportunização da construção e estreitamento de

vínculos que permitam uma melhor compreensão das necessidades deste usuário e das suas potencialidades. A elaboração de um PTS é uma das principais e mais complexas ferramentas da clínica da Rede de Atenção Psicossocial, pois envolve a família dos usuários, o território onde vivem, sua história de vida e seu projeto de vida e felicidade (LANCETTI, 2015).

Nesse sentido, a opção por estudar o cuidado em saúde mental a partir da produção dos encontros, sob o olhar dos usuários, justifica-se e permite uma ampliação do olhar, para além do que habitualmente se vê. Permitir afetar e ser afetado na compreensão do que e como cuidar do outro.

3 DA OPÇÃO PELA CARTOGRAFIA COMO UM PROCESSO DE BRICOLAGEM: OBJETIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO

Esta pesquisa propôs analisar a produção do cuidado em redes de atenção à Saúde Mental em uma região da Cidade de São Paulo dando visibilidade à análise feita pelos usuários dos serviços que compõem esta rede. São colocados em análise a articulação da rede e os recursos tecnológicos utilizados na organização dos processos de trabalho e na produção do cuidado em Saúde Mental.

A Natureza do objeto de pesquisa, que é produzido em ato, pede uma forma de aproximação que permita sua observação deste mesmo modo e que possa acompanhar este processo de produção de subjetividade que traz a importância do movimento na produção da vida.

A opção por utilizar a Cartografia como forma de caminhar pelo campo de pesquisa possibilita a aproximação com a produção do cuidado. Permite a construção de espaços que recolham as afecções desse processo incorporando o movimento como fio condutor da caminhada do pesquisador pelo campo (BARROS e KASTRUP, 2012). Esta pesquisa coloca o processo em andamento como um desafio e uma potencialidade, pois conforme se acompanha os usuários pelos espaços de produção de cuidado, são produzidos novos campos, com novos intercessores, que produzem constantes deslocamentos e mantém o movimento. São muitos os intercessores, novos arranjos no cotidiano do trabalho, novas pessoas, novas situações, maneiras diferentes de promover soluções para velhas e novas questões e outros. A cartografia tem a potência de aproximar o pesquisador das redes de relações e estas mostram-se importantes fontes de informações. Utilizar a cartografia como “método” de pesquisa desafia o pesquisador a desaprender aquilo que já se tem por sabido, problematizando o processo de pesquisa e reinventando a si e ao mundo. O pesquisador deixa de ter uma pretensa neutralidade e é atravessado pela produção dos encontros. (ABRAAO, A.L. et al, 2013)

O caminho do cartógrafo, assim como a produção do cuidado, se dá nos encontros que se constituem como espaços intercessores, dando visibilidade às disputas

envolvidas nesta produção, que se dá “em ato”. Para PASSOS e BARROS (2012) a cartografia é uma inversão do sentido tradicional da metodologia de pesquisa, pois não parte de metas prefixadas e sim, vai fabricando estas metas durante o seu percurso. E assim é que esta cartografia das redes de cuidado em Saúde Mental, foi sendo construída cotidianamente no encontro com usuários e trabalhadores, incorporando questões surgidas nestes encontros e produzindo outras. O direcionamento da pesquisa é revisto a cada encontro e é feito a partir de pistas. Passos e Barros (2012), afirmam que:

“A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados (p.17)”

Durante todo o processo da pesquisa é fundamental que seja analisada a interação entre pesquisador e campo como ferramenta para o direcionamento da pesquisa. Esse processamento em alteridade ganhou espaço em diferentes momentos, com usuários, trabalhadores e grupo de pesquisas, além da elaboração de um diário com narrativas de campo onde já se produzia um processamento inicial.

Este processamento se deu principalmente no grupo de estudos de Micropolítica do Trabalho em Saúde na Faculdade de Saúde Pública da USP onde são discutidos e processados campos de pesquisas ligadas à Rede de Avaliação Compartilhada – Avalia quem pede, quem faz e quem usa (RAC). A RAC é uma pesquisa nacional que objetiva avaliar a produção do cuidado em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários, com foco nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

A presente pesquisa relaciona-se à RAC principalmente na opção metodológica pela cartografia e pelo usuário-guia e por estar inserida em um dos campos onde é desenvolvida a RAC. Além de ser processada neste coletivo de pesquisa, também foram feitos processamentos individualizados com a orientadora, com o usuário e com os trabalhadores e gestores em processos compartilhados ao longo das atividades de campo da pesquisa. Esta diversidade de espaços de processamento decorre da percepção, desde o projeto inicial, de que havia necessidade de discutir e analisar os diferentes níveis de implicação que dessem visibilidade e dizibilidade a

movimentos e produções nos espaços de produção de cuidado em saúde mental que compõem o campo desta pesquisa.

A análise de implicações e sobreimplicações proposta pela Análise Institucional, traz à cena os diferentes atravessamentos que compõem o encontro pesquisador-campo de pesquisa em toda a sua multiplicidade e, possibilita uma compreensão da gênese destes. Essa é uma compreensão momentânea e que não tem intencionalidade de ser totalizante.

As implicações relacionam-se ao “instituído em nós”, ou mesmo “os” instituídos, visto que muitos e variados, que atravessam os encontros e a produção em ato e devem ser colocadas em análise enquanto produtoras de verdades parciais e limitadas. Para Coimbra e Nascimento (2012):

“A análise de implicações problematiza, especialmente, as demandas e solicitações presentes no campo de intervenção, assim como as forças e os acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, comumente silenciados, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa de ser bem-sucedida.” (pag. 25)

A recusa da neutralidade e objetividade do pesquisador, soma-se à análise coletiva e em campo, em um esforço para “desnaturalizar as instituições” e colocar em análise as sobreimplicações. Uma ferramenta utilizada para contribuir com esta análise é o diário de campo, que registra os encontros e os acontecimentos a serem problematizados. O registro neste diário de campo trouxe os afetos e afecções vivenciados no campo e já se configura como um espaço de processamento, visto que não se trata de uma descrição da observação, mas sim, de um processo analítico e reflexivo que produz narrativas onde os encontros e experimentações são incorporados pela pesquisadora e produzem um novo texto.

A análise das implicações e sobreimplicações é um grande e importante desafio visto que viver e pensar o cuidado em saúde mental coloca-se a mim como uma experiência quase em tempo integral. Então me pergunto: como colocar em análise aquilo que é constitutivo de quem eu sou? Essa, uma dúvida inicial e que por vezes ainda retorna à pauta, respondo com outra pergunta: Como colocar em análise aquilo que não vivencio? Penso que essa “autoanálise”, que coloco entre parênteses pois não é uma ação solitária, mas feita em alteridade em conjunto com muitos, é produtora de um tipo especial de conhecimento. Aquele conhecimento que evidencia

os diferentes atravessamentos e que permite e valorização da produção de vida e do processo de subjetivação na pesquisa científica.

Para ROCHA et al (2014) a pesquisa cartográfica ao explorar os traçados da caminhada do cartógrafo, em um processo em que investigação e interferência sobre o objeto de pesquisa são inseparáveis, produz mapas de conexões reveladores dos processos em análise.

Ouvir que havia feito uma bricolagem na elaboração do texto do projeto, causou uma reflexão sobre a originalidade do mesmo. Tenso pensar um projeto que se entrelaça a uma pesquisa do tamanho e da complexidade da RAC e no que pode guardar de original. Me questionei sobre o quanto aquele texto dialogava com minhas reflexões e questões. Será que havia simplesmente costurado textos sem promover um diálogo entre os diferentes autores e com o projeto inicial? A releitura do projeto mostrou que o texto não estava distante das questões que me mobilizavam, de certo modo foi tranquilizador perceber que as reflexões promovidas no texto vinham ao encontro das discussões iniciais feitas nos processamentos coletivos da pesquisa. Percebo também que o incômodo inicial não é totalmente sem fundamento, pois, na escrita ainda capturada pelo modo cartesiano de produção de conhecimento, podia ser identificada uma necessidade de trazer a cada reflexão uma citação a um referencial teórico, numa tentativa de explicitar a fala daqueles autores de maneira “fiel” à ideia original. Como se eu não pudesse produzir algo a partir daquelas leituras. Como se não pudesse, ao consumi-las, incorporá-las e produzir algo novo.

Me senti contemplada quando me deparei com um livro de verbetes que relaciona o bricoler à cartografia colocando-os em lugar de uma metodologia “não-especialista”, no sentido de que escapa ao positivismo dando lugar a um reinventar-se no encontro e em ato. Penso que desde o início da redação do projeto já se produzia em mim esse “bricoler”, essa cartógrafa, que foi amadurecendo em todo o decorrer do processo, desde a escrita inicial até a redação final, passando pela rica vivência em campo e nos processamentos desse campo. A bricolagem e a cartografia mudam no decorrer do percurso à medida em que mergulham e se afetam, num encontro de intercessores. Esse encontro é o espaço onde pode-se produzir o cuidado e, portanto, lugar de interesse para compreendê-lo. Para Maraschin e Raniere (2012):

“O bricoler e o cartógrafo se misturam na antropofagia, ambos incorporam vidas e devolvem potências ao mundo. De ambos se espera que permaneçam atentos às linguagens que encontram, devorem as que lhes pareçam elementos possíveis para a composição das cartografias e bricolagens que se fazem necessárias”. (pag 42)

Foi uma ação libertadora, entrar em contato com meu devir bricoler, criativo, catalizador, que assume a multiplicidade da autoria e a inovação de ir à campo “digerir” e “produzir” a partir dos encontros que não podem ser previstos ou planejados e, por isso mesmo, geradores de tantas outras angústias e de movimentos criativos. Todo o percurso no decorrer da pesquisa foi feito nos encontros com o território, com a Supervisão Técnica de Saúde e com as pessoas que compõem estes espaços. Participei de diferentes momentos de produção coletiva: reuniões de gerentes de serviços, discussão com interlocutoras da Saúde Mental no território, Fórum de Saúde Mental, outros espaços de fortalecimento de rede e de construção de cuidado coletivo.

Todos estes espaços, mais os serviços envolvidos (CAPS, CECCO, UBS, entre outros) acionaram em mim a necessidade de me aproximar cada vez mais da produção do cuidado no encontro com os usuários. Esse encontro com os usuários deu-se de maneiras diferentes e em locais diversos, com intensidades variadas, que serão melhor exploradas nos capítulos a seguir. Por hora é importante localizar estes espaços de encontro, que se deram nos CAPS, CECCO, Fórum de Saúde Mental, Fábrica de Cultura, durante a Copa da Inclusão 2015 e na residência do usuário guia da pesquisa.

A bricolagem não é uma exclusividade da pesquisadora, é um recurso disponível a todos e, especificamente, a bricolagem produzida pelo usuário guia em seus encontros pela rede de cuidados, inclusive com a pesquisadora será a norteadora desta dissertação. O que se produz nestes encontros com a rede de cuidado? Qual o uso que o usuário faz do que lhe é ofertado?

O cartógrafo possui uma caixa de ferramentas ampla, que pode ser acionada de diferentes maneiras a depender das produções em campo. Faz-se necessária a utilização de diferentes instrumentos que favoreçam a aproximação com o objeto de pesquisa. Entre estes instrumentos estão o acesso a fontes documentais que informem sobre as orientações que estruturam o funcionamento do programa, das

redes e diferentes serviços; as entrevistas semiestruturadas com diferentes atores do processo; oficinas para processamento com os trabalhadores; o caderno de campo, onde o pesquisador anota suas observações, os dados coletados, suas percepções e afetos; e o usuário-guia que conduz o pesquisador pelos campos de produção do cuidado oferecendo a possibilidade de uma aproximação com as redes vivas e traz à tona as relações de poder e os fluxos da rede, entre outras características ligadas fundamentalmente ao plano da micropolítica. (MERHY, 2013).

O plano da micropolítica composto por forças instituintes e moleculares é onde ocorrem os processos de subjetivação, moldados nas relações de poder, sendo, portanto, campo fértil para a investigação cartográfica, pois pode-se ver e vivenciar “a quente” a produção dos atos de saúde. (FEUERWERKER, 2014)

Por onde me guia o usuário guia? A aposta no acompanhamento de um usuário guia possibilita a produção de um saber que não se restringe ao mundo do trabalho em saúde, mas se expande para as possibilidades de fabricação de vida e de cuidado para além dos serviços de Saúde Mental, para além da RAPS. O usuário guia leva a conhecer a sua própria rede viva, de produção de sentidos.

O processo de identificação do usuário guia envolve dar visibilidade e dizibilidade às redes de afeto em movimento. A partir deste movimento se produziu o mapa de conexões e relações deste usuário, que incluem suas relações afetivas, familiares, comunitárias, em território e com os diferentes serviços de saúde, entre outras. O mapa de conexões permite ao pesquisador acessar diferentes fontes e utilizar diferentes recursos para coletar as produções e os efeitos da pesquisa. (ROCHA et al, 2014)

A escolha do usuário guia foi realizada em conjunto com a equipe do CAPS, a partir de um convite aos trabalhadores para identificarem um usuário do serviço que fosse alguém que circulasse pela rede e fora dela, visto que a pesquisa se propõe a olhar para os espaços de encontro e de produção de cuidado a partir da ótica do usuário. A equipe foi imediata e unanime em indicar o usuário guia, que todos consideravam ser alguém que circula bem pela rede e é articulado.

Em um primeiro momento, pouco foi falado sobre o usuário guia, a quem chamarei de João para preservar sua identidade. Fui convidada a ir à oficina de futebol, onde seria apresentada a ele. Outros usuários vieram conversar comigo, todos bastante

interessados em saber quem eu era e de onde vinha, claramente eu era uma estrangeira. Fiz uma conversa inicial com o profissional que era o técnico de referência de João. Nessa conversa fiz algumas perguntas sobre a história de João, seu projeto terapêutico e a experiência do profissional em ser referência deste usuário no CAPS. O profissional trouxe algumas informações sobre o seguimento que João faz, as oficinas de que participa, o acompanhamento médico e medicamentoso, além de sua percepção de que João circula por vários espaços na rede. Ao fazer essas reflexões, trouxe um incômodo seu por perceber que devido às demandas do cotidiano do trabalho, onde há diversas urgências a serem atendidas, acaba tendo pouco tempo para se dedicar aos casos como o de João, que ele nomeia de “casos estáveis”. Esse diálogo com o trabalhador me fez pensar no quanto os processos de trabalho no CAPS são marcados e, talvez, algumas vezes conduzidos por esta demanda por atenção aos casos “graves”.

Após essa conversa inicial com o trabalhador, fui apresentada ao João que previamente fora avisado da minha visita e, sabedor da pesquisa e do pedido para que me apresentasse a rede formal e os lugares por onde circula, passou a me guiar por diferentes espaços. Seu primeiro convite foi para conhecer a assembleia de usuários do CAPS e a oficina de batuque do CECCO. Durante todo este tempo, estive lado a lado com ele em alguns momentos, em outros estava sem a sua companhia, porém, próxima a outros usuários e trabalhadores que produzem outras redes e outros saberes dentro desse mesmo plano do cuidado. Interessante viver algumas experiências onde João me fez repensar várias questões, principalmente sobre as possibilidades de produção de cuidado junto aos trabalhadores dentro dos serviços de saúde e fora deles.

Retornam as questões: O que agencia o cuidado? Quais as demandas dos usuários para a rede de cuidados? Qual a rede que o usuário fabrica e como a usa? As ofertas feitas pelos diferentes serviços de saúde são condizentes com as demandas dos usuários? Vejo que estas questões se encontram com outras, relacionadas às Políticas de Saúde Mental e aos processos de trabalho e estas serão complementares na discussão dos analisadores identificados neste estudo.

Todas estas variáveis se dão ao mesmo tempo, e nos encontros são agenciadas novas produções de vida e novos caminhos na pesquisa. A produção do cuidado é

desafiada a cada momento a se reeditar abarcando as novas e diferentes necessidades e características do contexto. Esse também é o desafio posto para este estudo, a medida em que a cada ida a campo, a cada encontro e análise destes momentos, novas questões surgiram e foram conferindo forma ao texto.

A forma do texto também é conferida pela identificação de analisadores (LOURAU, 2004) Estes analisadores são a um mesmo tempo reveladores e catalisadores e dão visibilidade aos diferentes planos que compõem o campo da produção do cuidado em saúde mental.

O usuário guia foi a principal aposta desta pesquisa e me possibilitou produzir um saber a partir da vivência do usuário em sua rede de cuidados. A partir do encontro com esse usuário guia e com suas andanças a pesquisa foi sendo construída, assim como as diferentes ferramentas e fontes da pesquisa foram se apresentando em ato, a cada ida e vinda ao campo e nos espaços de processamento.

A descoberta da Cartografia foi um desafio diário ao qual me dediquei com afinco, visto que tenho profundamente introjetado o modo hegemônico de fazer ciência e esta condição exige esforço para ser desnaturalizada. Penso que encontrei na Cartografia um modo cuidadoso, respeitoso e legítimo de produzir conhecimento.

A cartografia realizada junto ao usuário em seu nomadismo por sua rede de conexões, levou a uma produção rizomática, repleta de virtualidades, encontros e agenciamentos. Foram vivenciadas diferentes cenas produzidas em seus encontros com trabalhadores, usuários, com a pesquisadora e com os diversos locais por onde caminha e que serão apresentadas a seguir.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A identificação de analisadores possibilitou dar visibilidade a questões complexas produzidas e vivenciadas durante o processo cartográfico desta pesquisa. Colocou-se em análise o instituído e instituinte permitindo um olhar para questões constitutivas da produção do cuidado e de vida, além de uma aproximação com o cotidiano de trabalho nos serviços que compõem parte da rede de atenção psicossocial à qual João acessa (LOURAU, 1993). Cada analisador está em relação aos outros, compondo uma rede de analisadores complementares e autoprodutores. A autonomia destaca-se como principal analisador da produção do cuidado neste trabalho. Há um capítulo dedicado à produção de autonomia como projeto terapêutico singular, porém, em outros capítulos também estão presentes componentes da produção de autonomia dos usuários, como no que trata da multiplicidade do sujeito e de suas redes de relações, incluindo seus encontros com os trabalhadores e as instituições de saúde. A cada analisador apresentam-se cenas ou narrativas que colocam em evidência aspectos da produção de redes de conexão e de fabricação de cuidado, como: multiplicidade, autonomia, vínculo, participação e cronicidade.

A cada capítulo corresponde também uma figura. São desenhos produzidos em conjunto pelo usuário guia e pela pesquisadora durante os encontros de processamento da pesquisa. A proposta foi discutir com o usuário sobre diversas cenas vivenciadas na caminhada pelo campo de pesquisa, problematizar o cuidado em saúde mental a partir destas cenas, colocando o usuário na centralidade da pesquisa. A produção conjunta dos desenhos foi intercessora nestes encontros, produziu um deslocamento no modo de nos encontrarmos, fabricou diferença e novos analisadores. E como uma parte constitutiva da fabricação deste texto, passaram a figurar não apenas como ilustração, mas parte fundante desta produção.

4.1. A MULTIPLICIDADE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO – SOBRE QUEM É CONVIDADO PARA O PALCO.

“Aqui é uma girafa e uma flor (sobre o desenho que inicia este capítulo). Eu me perdi no zoológico e a única coisa que eu conseguia enxergar era a girafa que é comprida. Eu andava, andava, andava, e só via a girafa!

- A girafa era sua referência...

- Era meu porto seguro.

- (...) Aqui é o apartheid (ainda sobre o desenho), o símbolo do tigre tomando remédio. Uma coisa bem feroz tomando remédio

- Aí essa coisa feroz tomando remédio fica como?

- Continua feroz

- Ser feroz não é necessariamente uma coisa ruim, né, João?

- É... As muitas faces da girafa, né? Os lugares que ela pode chegar, as árvores, o sol que tá batendo nela, o pelo da girafa brilha muito.

- Quais são suas muitas faces?

- Eu sempre gostei de ser polícia. (...) Eu trabalhei uma época, (...) eu ia na clínica, batia a máquina pro pessoal, fazia as coisas. Como falei, ficava acompanhando o pessoal, tinha as coisas na loja da minha irmã. Muitas coisas aconteceram, eu ficava com os seguranças, conversava com os seguranças, até que eles acharam que era eu que era problema.

(Diálogo com João)

Em um dos encontros de processamento de campo com João, parte de nosso diálogo se deu em torno do desenho produzido e das lembranças de infância que foram estimuladas com esta produção como foi transcrito no texto que inicia este capítulo.

Essa multiplicidade se atualiza a cada encontro e articulações. João não é unidade, nenhum dos usuários o são, somos todos multiplicidades. São essas articulações e conexões em campos de existência que foram vivenciadas e produzidas, em parte, durante o percurso desta pesquisa. E que, com a cartografia, pude saborear a beleza da invenção de muitas delas. João, em outros momentos, mostra outras “faces”. Faces diferentes são agenciadas em conexões diversas. João fala de uma ferocidade, e do uso de medicações, mas também fala das experiências de trabalho, onde havia contato com outras pessoas, trazendo sua multiplicidade para a reflexão sobre o campo do cuidado.

João utiliza alguns serviços de saúde do território que constitui o campo desta pesquisa. Ele tem uma rotina de atividades bem intensa. Todos os dias, de segunda a sexta, sai antes das 7 horas de sua casa e se dirige ao CAPS ou ao CECCO para participar de diferentes atividades promovidas pelas equipes destes serviços. Gosta principalmente das atividades manuais, mas também participa de atividades físicas como o futebol e a dança circular e de oficinas de música e de percussão. João vem

demonstrando muito interesse e satisfação em participar de um grupo onde se lê e discute notícias de jornal e de outro que dá sequência a esse e que tem como produto um jornal do CAPS.

Os espaços de participação e controle social também são lugares em que João atua. Participa da Assembleia de usuários do CAPS e é membro do Conselho Gestor do CECCO desde 2015. Recentemente entrou para o Conselho Gestor a nível da Supervisão Técnica de Saúde-STS da região.

Aos finais de semana, João faz um curso de teatro em uma Fábrica de Cultura, que é um espaço cultural e parque sob gestão do governo estadual. Foi apresentado a este serviço pelos trabalhadores do CAPS e se interessou em frequentar o curso de teatro. Foi acompanhado de outros usuários do CAPS com quem tem amizade. Aos domingos costuma ir à missa.

Sua mãe faleceu e ele ficou morando sozinho na casa onde residiam. Tem um irmão e uma irmã, ambos são mais velhos, casados e moram em outros bairros. Embora tenham bastante contato, na maior parte do tempo João fica em sua casa ou nas atividades acima citadas. Seus amigos de infância não moram mais no bairro, que ficou praticamente um bairro de idosos. Está sozinho em casa a maior parte do tempo e por isso afirma que prefere sair todos os dias. Segue diálogo onde João faz uma fala sobre sua rotina:

- Depois que a Ana vai embora tomo logo o remédio para dormir cedo. Não gosto de ficar sozinho, tenho medo. Passo mal.

- Como é isso?

- Parece que vou morrer. O coração acelera.

- Todos os dias você sai de casa para fazer atividades no CECCO ou no CAPS, porque?

- Porque não consigo ficar sozinho comigo mesmo, eu me assusto com a minha personalidade, eu sou muito violento. Eu sempre fui. (...) Sempre tive medo de mim mesmo e das relações que tem que ter com as pessoas,

João afirma ficar mal quando está sozinho em casa, inclusive com sintomas de ansiedade. Segundo ele, procura fazer várias atividades onde tenha contato com outras pessoas, quando volta para casa toma sua medicação cedo para poder dormir e evitar ficar sozinho. Aos finais de semana é quando tem mais contato com a sua família. Afirma ser violento, porém, nem sua cuidadora, nem os trabalhadores do CAPS fazem esta mesma afirmativa.

João tem uma cuidadora, Sra. Ana, que cuida de sua casa desde que sua mãe era viva. Após o falecimento desta, foi convidada pela família a continuar trabalhando na casa para cuidar de João. Ana mantém tudo sob controle. João não faz nada que ela não saiba, inclusive não pode receber ninguém em sua casa se ela não estiver presente. Assim como não faz nada em casa, pois Ana deixa tudo pronto, desde a limpeza da casa, até roupas e alimentação.

Ana encara seu trabalho de cuidadora como uma “missão divina”, acredita que foi uma inspiração de Deus e que precisa cuidar de João. Ela relata que inicialmente tinha receio e mesmo medo, mas que agora João está muito bem, principalmente após iniciar o tratamento no CAPS, que ela acredita ser o “lugar certo” para ele se tratar.

Durante o período da doença de sua mãe, João refere ter sido seu cuidador. Relata que fazia curativos e a acompanhava no dia-a-dia.

Vai se desenhando nestes primeiros contatos parte da multiplicidade de João. Em diferentes momentos e espaços, suas articulações e conexões agenciam diversas formas de se produzir no mundo. É interessante notar o quanto suas ações e posicionamentos nos diferentes espaços e situações podem ser muito divergentes. Essa diversidade pode parecer contraditória em alguns momentos, como a visão que os trabalhadores têm dele, como alguém que é bastante articulado e que circula bem na vida e a visão de sua cuidadora de que ele necessita de cuidados intensos, que incluem decidir quem pode visitar sua casa, entre outras escolhas do cotidiano. No entanto, estas são faces complementares de um João que se produz nos encontros. Encontros esses que o agenciam de diferentes maneiras.

A multiplicidade não se trata da somatória de partes menores, não é simplesmente opor o múltiplo ao UNO. Uma multiplicidade muda de natureza, divide-se a todo

tempo ao se atualizar em sua virtualidade “criando linhas de diferenciação que correspondem a suas diferenças de natureza” (Deleuze, 2008, p.32)

Sigo minha caminhada pelas redes de conexões existenciais de João acompanhando-o aos diferentes espaços que frequenta. Se confirma sua articulação e circulação pelos diferentes espaços da rede formal de cuidado. Frequenta ativamente as atividades a que se propõe, mostra-se cuidadoso com outros usuários, trabalhadores e mesmo com a pesquisadora. Em alguns espaços e situações, mostra-se desejoso de cuidados, refere insegurança para realizar algumas atividades, como ir a lugares onde não costuma ir, ou jogar futebol no campeonato da copa da inclusão com um time que não estava habituado a jogar.

Trazer a multiplicidade para discutir o cuidado em saúde mental, coloca em análise quais as conexões possíveis e quais as conexões que são realizadas neste processo de produção do cuidado. Como a multiplicidade do usuário entra em cena na elaboração dos projetos terapêuticos singulares? Há um espaço para se considerar esta multiplicidade e suas singularidades? Quais as principais apostas?

Em diferentes espaços onde caminhei ao lado do usuário guia, vivenciei variadas produções, por vezes, aparentemente contraditórias. Seguem duas narrativas de campo onde em diferentes momentos são produzidas situações de maior ou menor potencialidade para João:

COPA DA INCLUSÃO - João participava ativamente da oficina de futebol do CAPS, no entanto, devido à troca da equipe do CAPS próximo à data da Copa da Inclusão, este time não pode participar do campeonato. João foi então com a equipe do Cecco. Esta equipe foi formada principalmente por jovens em situação de rua, usuários dos centros de acolhida da região. Uma equipe com um desempenho muito bom nos jogos durante o campeonato. João não costumava participar deste time e pouco jogou durante o campeonato. Ele alegava estar sem condicionamento físico, fora de forma e que preferia não jogar, no entanto, na equipe do CAPS, jogava frequentemente.

Em um dos dias do campeonato, uma das trabalhadoras do CECCO, que acompanhava a equipe, resolveu inscrever João no campeonato de xadrez, pois notou que ele não estava se inserindo no time de futebol e este foi um ato cuidador que promoveu a inclusão de João dentro daquele espaço. O campeonato de futebol enquanto dispositivo de inclusão ganhou estatuto de exclusão ao não reconhecer a singularidade de João dentro de sua multiplicidade de conexões naquele espaço.

Também durante a copa da inclusão, João mostrou-se extremamente cuidadoso com outros usuários. Quis saber se todos estavam no ônibus, se ninguém precisava de algo. Sua multiplicidade compõe também um devir cuidador.

João não se sentia apto a participar do time de futebol, referia não estar com bom condicionamento físico, mas era atuante em outros espaços como na torcida e no cuidado com outros usuários e com os objetos e alimentação dos colegas do Cecco.

FÁBRICA DE CULTURA - A convite de João, vou em um final de semana assistir sua apresentação de teatro. É uma apresentação de formatura da turma de iniciantes em teatro na Fábrica de Cultura. João estava muito empolgado com o evento. Foi um dia repleto de apresentações variadas, circo, dança, teatro, música, artes plásticas. O convite foi aceito e o acontecimento produziu em mim um deslocamento que, inclusive, produziu uma nova forma de narrativa em diário de campo, que peço licença para reproduzir parcialmente a seguir:

João está na coxia, observo o serviço – espaço vivo, bonito; recepção
acolhedora.
Tem vida, tem vida viva; de arte, de vida arte;
Gramma
Árvore
Cachorro

Discos e esportes
 Pulseira no braço e cor
 À altura dos olhos.
 Uma plateia, muitas plateias, palcos vazios.... Expectativas.
 Dança! Ah a dança...Sensual; agressiva, faz de conto-de-fadas.
 Infantil
 Sala de música, sala de dança, sala do circo, beleza!
 Tudo junto e misturado!
 Olho o Chaves, na cadeira de rodas
 Teatro!
 Luz e sombras.
 Crianças abrem as cortinas querendo a luz. FECHA!
 Vai ser do Chaves?
 Não tem Chaves aqui!
 Mulher senta frente às cortinas, interdita a luz! Som!
 Apresento, me despeço!
 Alunos, aulas, cenas, O TEMPO!
 Praça do Tempo!
 O tempo que gastaria
 O tempo vivido
 O tempo perdido
 O tempo gasto
 ... o leite derramado

 A alegria de estar no palco, os diferentes em união
 A mensagem
 A timidez controlada e o abraço... o contato... a voz... o olhar

 São cenas vividas ou inventadas por eles, são deles... são eles!
 Somos nós!

Essa vivência em um espaço onde se trabalha a comunicação e a diversidade, com leveza, com arte, acionou o devir artista na pesquisadora, e por este motivo, trouxe esta narrativa da vivência daquele dia. Para pensar o quanto do espaço vivido, dos encontros experienciados e dos convites feitos, favorecem emergir diferentes potências em cada um. João estava muito animado, ativo. Aquela produção agenciada pela arte dramática atualizava um devir João-alguém. Um João que tinha destaque e que se sentia parte de um grupo teatral. No decorrer da Copa da Inclusão outros convites foram feitos ao João e os diferentes encontros vivenciados deram visibilidade a diferentes arranjos que produziram cuidado/descuidado, inclusão/exclusão, dependendo da maneira como o usuário era convidado a estar nos encontros e da forma como ele produzia conexões. A participação em um time onde não estava inserido previamente parece não ter conseguido proporcionar um espaço de inclusão, no entanto, em outros momentos, produziu outras conexões, seja com os outros usuários, seja com trabalhadores ou mesmo em outra atividade como o xadrez, e que facilitaram sua inclusão.

Penso que a multiplicidade deva ser um conceito ordenador dos projetos terapêuticos nos diferentes serviços de saúde mental. Dar visibilidade às diferentes potências e possibilitar através de encontros intercessores a produção do novo, parece ser um modo de produzir cuidado respeitando a singularidade dos usuários e potencializando a produção de si.

Pensando na organização dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde mental, sejam eles CAPS, CECCO ou Residências terapêuticas, percebo que os espaços de cuidado são majoritariamente organizados de maneira grupal, sejam as oficinas, os espaços de convivência ou os grupos terapêuticos. Onde o investimento de recursos é prioritariamente voltado para espaços coletivos, faz-se necessário dar espaço para a singularidade dos sujeitos, utilizando-se de técnicas de manejo que favoreçam a manifestação e a escuta destas singularidades. Segundo Deleuze & Guatarri (2000), ao se falar dos planos das multiplicidades, estes são de:

“(...)dimensões crescentes segundo o número de conexões que se estabelecem nele. As multiplicidades se definem pelo fora: pela linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização segundo a qual elas mudam de natureza ao se conectarem às outras”. (p.16)

Somente no final da pesquisa que entrei em contato com os delírios de João. Sua loucura estava, até então, manifestada majoritariamente em suas limitações de autonomia. Mas com os delírios vieram algumas questões importantes que não haviam ganhado visibilidade e dizibilidade. Entre estas questões está sua relação com a sua sexualidade e, também, com sua percepção de que é alguém violento. Durante a confecção das mandalas nos encontros de processamento das cenas de pesquisa com João, ele fez diversas falas que trazem estas questões à tona e que reproduzo parcialmente abaixo:

Por uma escolha, não acessei prontuários médicos e, mesmo na conversa com os trabalhadores, sempre abordei as potências de João em detrimento do diagnóstico. O convite inicial para a identificação de um usuário guia que circulasse pela rede de cuidados e produzisse uma rede viva trouxe para a pesquisa uma discussão de produção de vida. Meus encontros com ele foram prioritariamente em locais públicos, junto com outras pessoas, mesmo quando a conversa era individual dava-

se em área coletiva, como o espaço de convivência do CAPS, do CECCO, Fábrica de Cultura, Copa da Inclusão, e mesmo em sua residência, onde nossa conversa incluía a presença interventora de Ana.

Foi então que, finalizando o campo de pesquisa, fiz o processamento individual com João. O local escolhido foi o CAPS, porém, numa configuração completamente diferente das utilizadas até o momento. Utilizamos uma sala, onde ficamos sozinhos, mediados por uma atividade conjunta que é a produção de mandalas com diferentes materiais como: tinta, colagem, canetinhas, lápis de cor, lantejoulas e outros. Nesse espaço mais individualizado e protegido, em contato com uma produção artística, foi a primeira vez que os delírios de João puderam vazar e alguns assuntos, até então não verbalizados puderam surgir.

Penso que a fabricação destes espaços de escuta individualizados são uma possibilidade a ser considerada na elaboração de PTS, atendendo a demandas específicas de escuta individualizada destes usuários, e estimulando a sua participação ativa na elaboração dos PTS. O convite feito aos usuários para participar na fabricação de ofertas que façam sentido dentro de seu PTS parece ser também um espaço importante a ser garantido, visto que, há sempre o risco de transformar o PTS em uma agenda que atenda às demandas de outros, dentro de uma oferta fixa dos serviços e das políticas públicas de saúde mental (LANCETTI, 2015). João, enquanto multiplicidade, desafia a rede de saúde a uma constante análise dos recursos e ferramentas utilizadas na produção de cuidado. Produz-se novas demandas a cada encontro.

4.2. A PRODUÇÃO DA AUTONOMIA ENQUANTO PROJETO TERAPÊUTICO E A PRODUTIVIDADE COMO MODO DE FABRICAÇÃO DE VIDA

- E o que você tem feito no CAPS, CECCO?

- Tenho participado das atividades, a gente faz jornal, o CAPS News que faz de manhã a matéria do jornal; a tarde faz as entrevistas de jornais já existentes, de quarta é a assembleia, tem ciranda na segunda, quarta música, quarta tarde fica vago, sexta futebol, educação física com psicóloga porque não tem preparador físico e de terça e quinta eu faço CECCO, papel machê, cestaria, tambor com seu Antônio que é um senhor cego, carro chefe que canta com a gente, quinta xadrez que a gente aprende estratégia, fica mais calmo.

(Diálogo com João)

A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma das principais ferramentas da produção de cuidado em saúde mental e tem por objetivo elaborar

estratégias de intervenção para um usuário articulando trabalhadores e recursos do território, da família e do próprio usuário. O PTS é uma estratégia utilizada em diferentes níveis de atenção, mas tendo uma história bastante significativa dentro dos serviços especializados de Saúde Mental, onde tem por objetivos principais a potencialização da autonomia do sujeito e de suas relações no seu contexto de vida e de suas famílias. A busca pela autonomia é parte do projeto terapêutico do nosso usuário guia e é uma aposta fundamental das equipes que trabalham nos diferentes serviços de saúde mental e que visam produzir cuidado com a maior autonomia possível dos usuários em seus modos de andar a vida. (CAMPOS e CAMPOS, 2014; MERHY, 2013, HORI e NASCIMENTO, 2014)

Como visto no diálogo que inicia este capítulo, João tem diversas atividades compondo seu PTS. Sua circulação se dá por diferentes espaços e participa de ações coletivas, inclusive como membro de conselho gestor. Mostra-se bastante ativo, o que pode ser entendido como um fator importante na produção de sua autonomia. No entanto, sua circulação é ainda restrita, ou seja, a maior parte dos espaços frequentados é ofertada e/ou apresentada por meio de ações da rede de serviços de saúde mental da região onde reside. Para melhor compreender esta sua circulação limitada é necessário um olhar para a vida familiar deste usuário. João mora sozinho e possui uma cuidadora. Esta cuidadora parece ter algumas funções que extrapolam o que se espera de uma empregada doméstica, mas que incluem as atividades desta profissão. Ana, a cuidadora, faz desde atividades de cuidado com o ambiente doméstico, até um tipo de “regulação” das possibilidades de circulação e escolhas de João. Para ele, esse é um bom arranjo, prefere ter alguém que cuide das atividades cotidianas da casa, como limpeza, compras e ir pagar as contas. Sua circulação junto ao restante de sua família é feita em momentos de festas e durante algumas visitas que faz à casa de seus irmãos, quando estes vêm buscá-lo. João tem uma ex-esposa com quem não mantém contato e um filho com quem fala frequentemente por telefone e que o visita de maneira esporádica. Seu filho foi pai de um casal de gêmeos no início deste ano, porém, João ainda não foi conhecer seus netos pois não tem ninguém para acompanhá-lo e não se sente seguro para fazer novos caminhos e ir a lugares diferentes dos que está habituado a frequentar. Durante o processamento da pesquisa com João, este faz relatos sobre sua vida e abaixo segue um trecho em que fala sobre seu contato com sua família:

- Como está o seu filho?

- Está bem! Falei com ele esta semana.

- E seus netos?

- Tudo bem... sei lá! As crianças estão com três meses, ainda não fui conhecer...

- Pretende ir, João?

- Eu quero... vou tentar... mas eu não sei ir sozinho... tem que pegar ônibus, trem... tenho medo de me perder. Não fui nem buscar meu exame. Minha irmã quebrou o braço e ela não pode ir comigo. (...) medo de ir conhecer as crianças, medo de ir e estar sem dinheiro. E aí meu irmão resolveu fazer uma caixinha em casa, era pra eu ter ido com meu filho no hospital. Meu irmão não quis que eu fosse com ele, era num domingo, ela já ia sair (da maternidade). É uma relação assim que eu gosto de ter. Tenho carinho pelo meu filho, tenho carinho pela minha ex-mulher. Mas eu sei que é uma relação assim que a gente já passou junto, que se a gente passar de novo, eu vou simplesmente morrer. Ninguém vai fazer nada dessa vez, como a minha mãe fez.

- Não entendi.

- Ele (irmão) acha que eu vou tentar alguma coisa, vou me dar mal, não vou conseguir, vou brigar com ela (ex esposa) e com meu filho, que vou simplesmente falecer. Dessa vez, eles não vão fazer mais nada. (...)

- E se você novamente conhecesse alguém de quem você gostasse?

- Ah... difícil. Eles (irmãos) não aceitam não. Eles acham que é fim de feira.

- E você? O que você acha?

- Ué... foi tudo feito pra ficar fim de feira... As realidades... são limitantes, né? A falta de dinheiro mata o ser humano. A falta de uma... condição monetária, mata mesmo.

Se por um lado João parece fazer bom uso do que é ofertado pelos diferentes serviços da rede, como as oficinas que frequenta, passeios coletivos, curso de teatro, e outros, por outro lado suas escolhas para além destas ofertas são incipientes. Pouco pude perceber de movimentos que ampliassem essas possibilidades. A questão que surge é: até onde João e outros usuários podem chegar? Do que se percebem capazes de conquistar? Qual o horizonte possível a eles? Vão se delineando as diferenças e semelhanças entre um movimento autômato e a autonomia de fazer escolhas e reger-se a si próprio.

A autonomia acresce ao automatismo a capacidade de viver segundo regras próprias, e se coloca como um desafio à produção de cuidado em saúde a partir da mudança na lógica das ofertas em saúde pública consolidadas enquanto princípios do SUS. A valorização dos sujeitos em suas singularidades e a produção do cuidado contribuindo para a ampliação do grau de autonomia destas pessoas é uma linha condutora do trabalho em saúde, sabendo que ambas, saúde e autonomia, não são valores absolutos, contendo em si infinitas variações. (CAMPOS e CAMPOS, 2014)

Para KINOSHITA (2014), o PTS é uma importante ferramenta de cuidado que se caracteriza como um plano de ação. Esse plano é elaborado para lidar com as questões atuais, mas visando um futuro pensado em conjunto com o usuário. Esse plano deve considerar a complexidade da experiência de vida do sujeito, que extrapola a vivência da doença e colocar o trabalhador e o serviço de saúde mental ao seu lado e, portanto, com ofertas e ações individualizadas.

João parece associar sua atual capacidade limitada de autonomia à dependência financeira, sempre fala das suas possibilidades e das limitações de fazer escolhas associando com a ausência de renda, embora sua família o auxilie financeiramente. Suas falas trazem um pedido de mediação que favoreça uma maior autonomia, sem negar algum grau de dependência contido nesse encontro. Segue um trecho da fala de João sobre sua relação com o tratamento, trabalho e dependência financeira:

“- Eles (a equipe) não querem mais os usuários lá, que eles devem ter outras perspectivas além do CAPS

- E o que você pensa sobre isso, João?

- Ah... é bom... mas falar é fácil, quero ver conseguir! Se fosse fácil já tinha arrumado outro trabalho!

- Você faz escolhas por várias atividades manuais, né?

- É que sou bom nisso (...) queria estudar, mas não vou conseguir (...) pra eu conseguir tinha que ser algo tipo... alguém junto pra me ajudar.

- Como assim?

- É... porque tipo, tô num tratamento, né? Mas não uma vida, não você se manter através disso. Você trata, pega medicação, estabilizou... E eles (os trabalhadores) querem que a pessoa cuida da vida própria. Mas, por exemplo, eu não tenho o que fazer, eu não me sinto bem, por exemplo, eu vou com minha irmã no shopping (...) Eu não tenho profissão, não tenho dinheiro... ficou assim. (...) eles falam que eu devia estar trabalhando. Eu tento, mas sem ajuda é difícil.

- Existe alguma atividade de geração de renda no CAPS?

- Estão tentando. Lá no CECCO tem. Só que eu não quero vender porque não consigo ficar parado muito tempo.

(...)

- Você falou naquele dia do evento da Luta Antimanicomial sobre o quanto você acha importante a geração de renda (...) Lá no trabalho de geração de renda do CECCO você já está ganhando alguma grana?

- Eu fiz três caixas (artesanato), não sei o que fez. Eles dividem o dinheiro. Ela (oficineira) faz bastante trabalho pra vender. Faz bolsa, faz de tecido e pintado, faz trabalho voluntário no CECCO.

- Você falou que o pessoal daqui estava querendo que vocês tivessem outras perspectivas além do CAPS e que você...

- Queria que fizesse curso. É uma boa... mas tem dificuldades. Gostaria de fazer uma escola assim, poder aprender alguma coisa, poder trabalhar.

- E porque não vai?

- Porque não tenho financeiro. Meu financeiro, eu falei, tá em débito (...) Então já estou no negativo faz tempo. Então pra mim é uma dificuldade terrível. Eu tô pra renovar minha carteirinha que vai vencer agora em junho e vou precisar do médico aqui pra renovar a carteirinha. Que é o que pago o transporte público.

João queixa-se da dependência financeira, e essa surge como um determinante redutor da autonomia dos sujeitos que assim como João, desejam ter uma renda própria, ou mesmo, ter um trabalho formal. Ações que favoreçam a inserção do usuário em programas de transferência ou geração de renda, ou mesmo, no mercado de trabalho, passam a fazer parte da produção do cuidado e colocam-se como desafios à RAPS, em articulação com outras redes intersetoriais. João tem contato com duas iniciativas neste sentido: ação intersetorial junto a uma escola de formação e inserção profissional e o grupo de geração de renda do CECCO. No primeiro não conseguiu colocação pois, segundo ele, o serviço não tinha mais vagas para usuários do CAPS, já no grupo do CECCO, tem participado, porém, ainda não há renda decorrente das ações de venda de artesanato e, mais recentemente, da produção e venda de alimentos. Em um encontro em comemoração ao dia da Luta Antimanicomial, entre outras falas de diversos atores, como usuários e trabalhadores dos serviços de saúde mental da região. João tomou a palavra e, afirmou que a ação de Economia Solidária desenvolvida no CECCO é muito importante pois mostra-se uma possibilidade de geração de renda, que é “o que mais o aflige no dia-a-dia” (sic).

Esta articulação dos serviços de saúde com ONGs que trabalham com formação e inserção profissional, e também com a Rede EcoSol, mostra-se uma importante possibilidade de ampliar a autonomia destes sujeitos através do trabalho e geração de renda, embora ainda não tenham amplitude que dê acesso a todos os usuários que demandam ações de inclusão pelo trabalho e geração de renda.

A autonomia se dá em “graus”, não há uma autonomia total, e isso é o esperado para possibilitar uma convivência em sociedade, onde há necessidade de pactuar algumas regras. Porém, o cuidado em saúde deve ocupar-se em contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas, entendendo a autonomia não como independência total, mas sim como a capacidade do sujeito em lidar com suas dependências, agindo sobre si e sobre seu contexto (CAMPOS e CAMPOS, 2014).

Ampliando esse conceito de autonomia, remeto ao conceito de sistemas autopoieticos de produção de si. No sistema autopoietico o sujeito é produtor e produto de si mesmo (KINOSHITA, 2016). Essa produção dá-se na relação do sujeito com o meio em um sistema complexo marcado pelo paradoxo autonomia-dependência, visto que há uma influência entre as diferentes partes. Entendendo que o sujeito se produz nessa rede rizomática de conexões, João é coautor de seu PTS, disputa e fabrica modos de andar pela vida. Faz uso de recursos que são ofertados, como as atividades do CAPS e do CECCO e dos cuidados de seus irmãos e de Ana, configurando seu papel produtor de si em relação com estas pessoas e serviços.

João relata outras situações de limitação de autonomia. Por exemplo, a restrição de circulação que surge em sua fala como o medo e a insegurança de ir a lugares onde nunca foi sozinho. Em situações como ir retirar o resultado de um exame para poder levar ao médico que o solicitou ou para ir até a casa de seu filho conhecer seus netos, João pede por mediadores, por pessoas que facilitem este deslocamento, no entanto, não identifica quem possa desempenhar este papel, não relaciona esta demanda a uma possível ação dos trabalhadores de saúde.

Quer trabalhar, não consegue, quer estudar mas acha que precisaria de um arranjo com pessoas para auxiliarem, quer ter uma namorada, mas não tem dinheiro e acha que sem dinheiro não dá. João fala de diversos “nãos”, das limitações que surgem com a doença e com a falta de renda. O uso da medicação tem diferentes

significados para João, um deles é o de “modular” alguns destes incômodos apontados. Segue uma fala que traz uma análise importante sobre o papel da medicação em relação ao cuidado.

- Me lembrei de mais uma fala que você fez na última vez que vim aqui. No dia da ciranda, eu perguntei se você estava bem e você respondeu que estava mais ou menos, porque as crianças estavam nascendo e as pessoas morrendo. O que você quis dizer com isso?

- Não sei... passou... o risperidona atuou, cobriu o que fiquei na hora. Risperidona passou aquela falha, morreu. Não tô pensando mais naquilo. O remédio faz isso. Faz tampar aquele buraco, tampou a fome ali com um lanche, alguma coisa que você comeu, como a janta e aí passou. O remédio fez efeito.

- O que você acha dos remédios que você toma?

- Ah... pra mim faz dormir.

- É bom pra você?

- Bom. Quando estou sem, sinto os sintomas de esquizofrenia.

- Como são esses sintomas?

- É... perseguição; tontura; começo a sentir aquele ar frio no rosto e como se fosse morrer.

João se esqueceu o que o incomodava em um momento anterior, entende que aquelas questões ou incômodos eram uma “falha” e que a medicação tem o efeito de “tampar” esses buracos. O uso da medicação também surge como forma de lidar, ou conter, a vivência da sexualidade:

- Eu não posso mais (sobre vivenciar sua sexualidade), estou com problema de saúde, recebi medicação pra não fazer mais isso, que eles falam que a lei mudou, que o homem não tem esse direito(...)

- *Porque não pode?*
- *Não sei... não sei te explicar. É uma coisa que não dá...*
- *Você não consegue mais? Já falou com o médico?*
- *Falei. Ele disse que não tenho mais idade pra isso.*
- *E o que você pensa disso?*
- *Que eu tenho que fazer alguma coisa por mim. Tenho que trabalhar, tenho que... fazer alguma coisa pra me sustentar.*
- *Você sente falta de se relacionar com alguém?*
- *Sinto, ah sinto! Sem dúvida. Fazem 20 anos que me separei... Ah! É dinheiro. Você tem relação sexual, você tem dinheiro. Dinheiro pra se tratar, pra pagar, é dinheiro. Sem dinheiro...*
- *Essa parece ser uma questão importante pra você pensar não?*
- *É. Acontece muito isso. A medicação faz eu não pensar em fazer uma coisa definitivamente pra acabar com minha vida.*
- *Você já chegou a pensar nisso?*
- *Muitas vezes*
- *Ainda pensa?*
- *Penso, mas a medicação me impede de fazer isso.*

João faz outros relatos sobre o uso da medicação, afirma que fica bem com o uso da medicação pois está mais calmo, não briga e consegue dormir cedo. Evita entrar em contato com seus conflitos e com o perigo que ele enxerga em si mesmo. A ajuda que não identifica para produzir outros movimentos na vida, encontra na medicação para produzir algum conforto e sentido no cotidiano.

Mostra-se o quanto a medicação tem um papel relevante no bem estar desse usuário, porém, surge também a dificuldade em entrar em contato com seus conflitos e enfrentá-los de outra maneira que não através do uso da medicação.

A produção da autonomia deste usuário através de seu PTS é bastante potente no que se refere às ofertas de atividades e de medicação. Esta autonomia que ganha visibilidade na sua circulação e participação nos espaços de cuidado ofertados ou favorecidos pelos trabalhadores da rede de saúde, é coerente com a avaliação inicial da equipe do CAPS ao indicar este usuário para a pesquisa, qualificando-o como “articulado”. Estes espaços de cuidado (CAPS, CECCO e Fábrica de Cultura) produzem em João maiores graus de autonomia a depender do encontro entre a influência do meio e os seus recursos internos. A produção de si será na interação de sua estrutura com o meio em que vive de maneira contínua.

Essa construção da autonomia dá-se sempre na relação com o mundo, numa dialética entre o eu e os outros. E é assim, nessa inter-relação, na produção do cuidado, nos encontros entre os trabalhadores e usuários, que poderão ser produzidos maiores ou menores graus de autonomia em regime de corresponsabilização. Esta, aliás, uma questão que comporta uma dobra e que é atravessada por diferentes forças, pois, embora tenha relação com respeitar o usuário e incentivar a responsabilização da família no cuidado, em outra situação surge como uma forma de desresponsabilização e proteção da equipe frente suas limitações. Quando, por exemplo, os usuários e suas famílias não aderem às propostas feitas pelas equipes de saúde mental e essa recusa é entendida como uma forma de exercerem sua autonomia sem colocar em análise se os recursos que estas equipes têm à sua disposição para ofertar aos usuários contemplam suas demandas.

Cabe salientar o papel fundamental do encontro e do vínculo na produção da autonomia. Penso que estes encontros e o vínculo entre trabalhadores e usuários podem potencializar a autonomia destes, porém, também podem produzir capturas à medida em que as relações são mais tuteladoras, ou seja, onde há uma redução significativa da autonomia dos usuários em seus modos de andar a vida. A complexidade dessas relações é que elas são pensadas para serem cuidadoras. No entanto, as ofertas feitas, seja por ideologia, ou por limitação de recursos, acabam por limitar os usuários. Estes limites surgem com projetos terapêuticos que não incluem as necessidades de saúde dos usuários.

João trouxe informações importantes sobre a produção de seu PTS onde há ofertas carregadas de sentido para o usuário, mas que não dão conta da complexidade da vida em relação com o mundo fora da RAPS.

4.3. A FABRICAÇÃO DO CUIDADO E A PRODUÇÃO DE VÍNCULO: O ENCONTRO INTERCESSOR

Enquanto confeccionávamos o desenho acima, João inicia um diálogo comigo:

- *Aqui é um centro de está contido, de contém. É uma elipse.*
- *É mesmo, uma elipse!(...) E o que a gente vai fazer?*
- *Desenha você uma coisa e eu continuo – me propõe João.*
- *Eu começo e você continua, João?*
- *É. Lá no teatro a gente faz assim. Nesse lugar onde “está contido” a gente compartilha junto, e nos outros espaços faz movimentos sozinhos. (...) Acho que não tenho feito nada junto com ninguém faz muito tempo...*

A fabricação do cuidado e a produção do vínculo se dão nos encontros intercessores, ou seja, nos espaços onde se consegue estar junto e que cada sujeito produz interferência sobre o outro, sendo portanto, um espaço de criação. O diálogo acima coloca em cena o encontro entre o usuário guia e a pesquisadora e

proporciona uma análise a partir das experiências de vida deste usuário em sua rede de conexões em diferentes momentos de sua vida. João frequenta diferentes espaços coletivos, seja nos serviços de saúde, nos conselhos gestores ou na Fábrica de Cultura, porém, sente que não tem feito nada junto com alguém. Quais as conexões produzidas por João? Porque mesmo em meio a tantos coletivos, ainda sente que não produz coletivamente? O quanto a produção conjunta pode ser um espaço de cuidado e de produção de vida? Essas questões levam a uma reflexão sobre a produção do cuidado em saúde, em específico na saúde mental, e sobre a coautoria deste cuidado pelo usuário.

O cuidado, se dá nos encontros e em ato, é uma produção que opera para além dos saberes tecnológicos estruturados, construída na interação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços:

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro (MERHY,2013, p.173).

As tecnologias leves acionadas nos encontros compõem um espaço intercessor que produz movimento. Embora as tecnologias duras (por exemplo: exames e medicações) e leve-duras (saberes profissionais específicos) sejam também necessárias à produção do cuidado, elas devem compor com as tecnologias leves para que seja possível essa produção. Um ato de saúde, não é necessariamente um ato cuidador, pois a dimensão cuidadora na produção da saúde está ligada à escuta, acolhimento e produção de autonomia do sujeito, ou seja, deve ser centrada nos usuários e em suas necessidades e não na lógica procedimento-centrada. Segundo MERHY (2013), os usuários pedem por interesse e responsabilização dos trabalhadores e dos serviços pelos seus problemas e estes são acessados nas relações, nos encontros de subjetividades. Os encontros cuidadores são intercessores pois provocam deslocamentos e produção de novos arranjos de cuidado. O vínculo está no campo das tecnologias leves, assim como o acolhimento,

a responsabilização, a produção de autonomia, entre outros. O vínculo produzido no cuidado de João se manifesta na intensa movimentação pela rede de serviços com autonomia e diferentes aproximações com os profissionais e outros usuários. Este nomadismo o leva a produzir vínculos com os diferentes serviços que compõem a RAPS, como a criação de pertencimento a estes espaços, além dos vínculos com as pessoas que lá encontra.

A cena a seguir coloca em evidência a percepção dos usuários sobre a produção do cuidado em saúde e traz a existência e manutenção do vínculo entre usuários e profissionais de saúde como elemento definidor do processo de cuidado.

Assembléia de usuários. Todos sentados em um grande círculo, trabalhadores e usuários. O clima é um misto de tristeza e apreensão. Há uma instabilidade decorrente da iminente troca de equipe. O chamamento promovido pela prefeitura culminou na troca da OSS que gerencia o serviço. Corre-se o risco de trocar toda a equipe. Usuários e trabalhadores discutem a situação.

- E o vínculo com os técnicos? Eles sabem da nossa história! Falar da vida da gente pra todo mundo dá desgaste... – fala uma das usuárias, visivelmente incomodada com a possível mudança de profissionais.

- Tem que cativar você para cuidar de você, não é só socar remédio! – pondera outro usuário.

Falar da importância de ser “conquistado” para ser cuidado ajuda a compreender a aposta na construção de vínculos que facilitem o cuidado em saúde mental. O vínculo é construído a cada encontro, como um convite para estar nessa relação intercessora. Neste espaço se estabelece uma relação de poder, onde há disputas, mas onde há potência para fabricação do novo onde o usuário é consumidor e produtor no processo de fabricação de atos de saúde (FEUERWERKER, 2014), ou seja, para se produzir cuidado, é necessário que neste encontro entre trabalhador e usuário, ambos possam falar e ouvir, participando ativamente nessa produção.

Apesar de apontar que a descontinuidade decorrente da troca da equipe é um aspecto negativo na produção do cuidado, os usuários revelam que há a

possibilidade de se reconstruir uma relação cuidadora, quando falam da necessidade de ser conquistado para ser cuidado. Apontam o campo das tecnologias leves e do cuidado integral em saúde como um aspecto fundamental na produção do cuidado que inclua a complexidade da vida dos sujeitos e uma maior proximidade entre os diferentes atores envolvidos.

Intimamente ligado ao ordenamento das práticas integrais em saúde, o vínculo, juntamente com o acolhimento é produzido na aproximação entre quem cuida e quem recebe cuidado. Para a criação e fortalecimento destes vínculos é necessário promover articulação entre os diversos atores (gestão, usuários, trabalhadores) criando responsabilização e compromisso na busca pelo cuidado, bem como proximidade e sensibilização com o sofrer do outro e da população em geral (Assis et al, 2007)

Durante todo o tempo em campo de pesquisa, diversas vezes a questão do vínculo foi abordada, seja pelos usuários ou pelos trabalhadores, não só como facilitador do processo de cuidado, mas também como produtor de capturas embora possa ser também um produtor de capturas à medida em que forem construídas relações mais “tuteladoras” e redutoras da autonomia do sujeito. Para FOUCAULT (2015), o poder está em toda a sociedade, inclusive nas relações entre os sujeitos e é uma prática social comum entre qualquer pessoa que viva em sociedade, inclusive nos encontros produtores de atos de saúde. A esse poder que se atualiza nas relações cotidianas, Foucault chama de biopoder.

Para que essas relações intercessoras tenham um caráter mais emancipatório e menos tutelador, faz-se necessária uma postura mais próxima ao apoio e distante da assistência, no sentido de deixar o usuário assumir o protagonismo na elaboração de seu PTS e deslocando esse protagonismo da clínica centrada na patologia e no saber profissional estruturado.

Uma das situações vivenciadas nesta caminhada colocou em análise o vínculo na fabricação do cuidado a partir de uma ruptura. A troca da OSS parceira do SUS na região veio como um acontecimento que atravessou toda a organização e articulação da rede de atenção quebrando as relações de vínculo produzidas entre os diversos trabalhadores e também entre eles e os usuários. Os meses que antecederam à troca da OSS foram marcados por muita ansiedade, mas também por muita movimentação. A troca da gestão e os impactos dela no cotidiano do

trabalho surgiram como questões importante durante encontro de processamento do campo junto a trabalhadores e gestores. À mesa haviam pesquisadores, trabalhadores da gestão e das duas equipes, da OSS que saiu e da que entrou. Trabalhadores dos dois momentos, pré e pós troca de equipe, falam da dificuldade enfrentada com a quebra dos vínculos e de suas consequências na organização dos processos de trabalho e na produção do cuidado.

- *Havia um trabalho construído naquele território após anos de aproximação da equipe – aponta uma das trabalhadoras.*
- *Uma equipe com pessoas com história e com vínculo é o que vai conseguir tirar o cara de casa e cuidar dele! (fala de outra trabalhadora sobre vínculo e cuidado a usuários em crise)*
- *Agora tem o desafio de reconstruir tudo. (fala de trabalhador da nova equipe)*

Os trabalhadores ponderaram que a história pregressa e a construção de vínculos dos trabalhadores do CAPS, não apenas com os usuários e familiares, mas também com outros trabalhadores da rede explica o fato de que a equipe anterior ficou mais de um ano sem fazer nenhuma internação e atendendo muita crise. Mas que com a mudança da OSS, essa conjuntura acabou dificultando a produção do cuidado. João fala sobre o impacto dessa mudança no cuidado no cotidiano do CAPS:

- *Essa equipe conversa menos... ontem mesmo internaram um... chamaram a ambulância.*

A aproximação desta nova equipe com os usuários passa por uma fase inicial onde tudo deve ser reconstruído: as histórias conjuntas, as relações entre trabalhadores, usuários e comunidade, e os arranjos e fluxos de produção do cuidado. Eles também trouxeram uma apreensão com o desafio de “reconstruir tudo” posto à nova equipe que assumiu o CAPS.

O mergulho no campo de pesquisa me colocou muito próxima a este movimento, inclusive produziu em mim o sofrimento pela perda de vínculos e ruptura de um projeto de trabalho de uma equipe. Foi um processo difícil de ser elaborado para

todos os envolvidos. Havia o luto pelo fim de uma equipe que tinha um funcionamento bastante horizontal e que promovia encontros potentes interna e externamente, mas também o desafio posto à nova equipe que chegava nos serviços (CAPS e SRT's). Primeiramente, deviam se produzir enquanto uma equipe, visto que como definiu o gestor do CAPS, era uma “colcha de retalhos” composta por trabalhadores vindos de diferentes serviços também em decorrência de reorganização dos mesmos, sendo que muitos deles nem queriam estar ali. Configurou-se então um desafio duplo: a reorganização dos processos de trabalho e a fabricação do cuidado dos usuários.

O quanto a falta de vínculo e de conhecimento da história dos usuários pode dificultar o manejo da crise? Há outras implicações da troca de OSS na produção do cuidado? Diferentes OSS produzem diferentes projetos de cuidado?

A entrada das Organizações Sociais na gestão dos serviços de saúde do município de São Paulo surgiu na Atenção Básica com o objetivo de facilitar o cumprimento das exigências colocadas a nível federal para o seu financiamento. Foram estabelecidos contratos de gestão com as OSS que preveem o repasse de recursos para gerenciar serviços de saúde municipais em determinado território e estabelecem metas assistenciais. Um dos principais desafios que emergem deste modelo é o debate sobre a governança, a criação de instrumentos de gestão e delimitação de prioridades. (CARNEIRO JR, NASCIMENTO, COSTA, 2011) A ampliação deste modelo para os serviços de saúde mental trouxe o desafio de garantir a produção do cuidado historicamente construído pela área da saúde mental, considerando as necessidades aqui analisadas de produção de encontros e vínculos.

Igualmente importante é a discussão acerca dos impactos deste contrato de gestão sobre o cotidiano do trabalho. COHN (2015) aponta algumas questões críticas relacionadas a terceirização dos serviços de saúde no modelo de contrato de gestão, entre elas a organização por metas de produção, onde há um valor fixo a ter seu uso racionalizado e que “tende a recair na compressão de serviços prestados”, além da substituição do servidor público pela figura do colaborador contratado pelas OSS muitas vezes com contratos de trabalho precários e que tem “como responsabilidade primordial manter esse seu precário vínculo”. Estas duas questões, a meta de produção e o colaborador, remetem a uma lógica não centrada nas

necessidades do usuário, mas sim, na manutenção de um sistema baseado na oferta de bens de consumo.

Além disso, a troca da OSS neste serviço, significou a troca da equipe. Não se tratou apenas de troca de gestão, foi troca de pessoas, com impacto no cotidiano do trabalho e na produção do cuidado.

Essa mudança, embora dolorosa, também veio com a potência da novidade. A necessidade de se discutir a organização dos fluxos e processos de trabalho, aliada à aproximação com todos os usuários no sentido de conhecê-los e rever seus projetos terapêuticos causou uma desterritorialização em todos: usuários, trabalhadores e rede de serviços. Esse “estranhamento” pode favorecer a produção do cuidado integral, visto que possibilita dar visibilidade e dizibilidade a campos da produção de vida dos sujeitos que ainda não haviam sido percebidos ou considerados.

Foi promovida uma oficina de processamento com a equipe do CAPS, realizada na área de convivência e recepção para favorecer a participação do maior número de profissionais possível. A equipe estava reduzida nesse dia pois havia uma reunião de microterritório acontecendo e alguns outros trabalhadores estavam afastados por diferentes motivos. Damos início à oficina com uma dança circular sob focalização de uma trabalhadora do CAPS que faz a oficina com os usuários. Alguns ficaram mais animados, outros menos, mas todos toparam participar da atividade. O clima era de confraternização, haviam preparado lanche e café.

Durante o período em que estivemos reunidos ocorreram diversos atravessamentos, porém, não interromperam a atividade. Um desses foi a necessidade de atenção a um usuário em crise. Algumas pessoas da equipe se mobilizaram rapidamente para cuidar dessa situação, o que me pareceu um analisador importante da capacidade de produção de cuidado em situações de urgência.

A discussão foi principalmente sobre a produção de autonomia como cuidado em saúde mental, o cuidado aos usuários estabilizados e àqueles em crise, além da questão da troca da OSS e do impacto sobre o cotidiano do trabalho. Destaco algumas falas:

- (o texto) reporta à uma naturalização do processo e o quanto a gente acaba só olhando para as emergências, só apagando

incêndios. Esse foi um lado bom do chamamento que acabamos revendo os casos (...) o quanto esse movimento é difícil por conta das várias atividades, do território gigante e das demandas. (...) quais os movimentos que a equipe pode fazer em relação aos projetos dos pacientes? O que é reabilitação pra um, o que é pra outro. Estamos há nove meses aqui revendo a organização do trabalho, reconstruindo as referências e reorganizando o serviço. Mas será que isso acaba?? (fala de um trabalhador da nova equipe)

- Aí eu lembrei do Chamamento que foi uma violência, da fala do usuário de que aqui não é uma fábrica e de como isso podia quebrar, afastar. Mas que conseguiu superar e continuar aqui, conhecendo a gente... pensamos também o quanto o CAPS pode estagnar essa pessoa e que de repente não dá pra dar alta, quebrar esse vínculo. Talvez fosse o caso de inserir em outros espaços de outra forma, vincular a pessoa em outros serviços da rede... (trabalhadora)

Foram muitos os desafios provenientes desta mudança, desde a elaboração do luto pela saída da equipe anterior, até o entrosamento da nova equipe que veio também transferida de outros serviços, passando pelo impacto na produção do cuidado aos usuários que, como já citado neste texto, é baseado na vinculação não só com o serviço, mas também com os trabalhadores.

Esta quebra do vínculo entre usuários e a equipe tem seu contraponto na manutenção do vínculo com outros usuários do serviço e com outros serviços e espaços de produção de suas redes de conexões. Há usuários que se apropriaram do espaço e estavam em preparação para receber os novos profissionais. Estes usuários têm seu próprio projeto de CAPS e mantiveram-se na disputa por um certo “jeito de fazer”. Por várias vezes, ao indagar os usuários sobre como estava o CAPS após a chegada da nova equipe, estes davam respostas do tipo “eles estão se adaptando” o que parece ser um indicador do quanto há de pertencimento e protagonismo dos usuários naquele espaço, funcionando, inclusive como cuidadores e facilitadores à chegada e adaptação desses novos profissionais ao serviço.

Atualmente a equipe encontra-se em fase de reorganização dos processos, após uma fase intensa de aproximação com o território e com os usuários. Esse momento cria áreas de instabilidade decorrentes das disputas de projeto internamente na equipe e na relação com os usuários. Há uma comparação frequente entre o modo de operar o cuidado da equipe anterior e o que está em desenvolvimento pela atual, o que pode gerar desconfortos e conflitos. No entanto, há um investimento da gestão atual em dar visibilidade à potência dessa diferença para a qualificação da produção do cuidado, ao se colocar em análise a diversidade de ações possíveis.

Os trabalhadores que chegaram com a nova OSS também passaram por um processo de desligamento dos seus locais de trabalho para serem realocados neste serviço, o que gerou um luto não necessariamente trabalhado coletivamente. Em uma oficina realizada com os trabalhadores da OSS atual foi evidenciado que o cuidado desta situação não foi suficiente para produzir tranquilidade no processo de mudança.

Há ainda outras demandas externas à própria equipe e que impactam dificultando a produção e manutenção do vínculo como, por exemplo, as demandas judiciais por internações involuntárias. A judicialização da saúde é um fenômeno que vem crescendo e impactando o cotidiano dos serviços de saúde, entretanto, sem qualificar a atenção, além de impor o direito individual ao coletivo (NUNES, 2009). Esse tipo de interferência descontextualizada contraria toda a lógica do cuidado em saúde mental, seja a do cuidado em liberdade, seja a da construção e manutenção de vínculos com o usuário do serviço e provoca frustrações nos trabalhadores

Ao acompanhar todo esse processo de troca de equipe percebi que os usuários foram se fortalecendo durante o período que a antecedeu. Alguns conseguiram verbalizar em assembléia de usuários a sua resignação:

“Vai continuar sendo CAPS? Então está bom”.

No entanto, a troca de OSS é uma realidade que pode se repetir e é causa de preocupação indicando uma instabilidade no processo de gestão que reflete na produção do cuidado. João acredita que a troca da OSS irá acontecer novamente. Quando questionado sobre sua relação com os trabalhadores da nova equipe responde que gosta deles, mas tem dúvidas se irão continuar trabalhando ali.

“Tem vez que tá mudando tudo, né? A toda hora por causa de preço de pagamento vão mudar as coisas aqui. Acho que vai mudar depois de três anos, aí vai ter que se adaptar tudo de novo”

Seu posicionamento é um analisador do impacto da troca da OSS no cotidiano do trabalho e produção de cuidado. A quebra do vínculo produz uma movimentação e a consequente necessidade de adaptação, com novos encontros e produção de novos arranjos cuidadores. Sendo que esta ruptura é causadora de uma série de situações estressoras e produtoras de sofrimento, como, por exemplo, o abandono de tratamento por parte de alguns usuários e que foi referido tanto por João, quanto pelos trabalhadores da nova equipe que assumiu o CAPS.

No período que antecedeu a troca da equipe, trabalhadores e usuários se mobilizaram, discutindo seus possíveis impactos na produção do cuidado. Havia uma construção coletiva e prolongada, com um acúmulo de saberes, vínculos, propostas e vivências que poderiam se perder neste processo de mudança. Havia uma intensa mobilização no sentido de que não ocorresse a mudança da equipe. Foram feitas discussões em reunião de conselho gestor e a elaboração de abaixo-assinado pela manutenção da equipe no serviço.

Também foram favorecidos espaços de cuidado com os usuários e com os trabalhadores através do diálogo e da elaboração coletiva do luto. Aos trabalhadores foi ofertada a possibilidade de utilizar um momento proporcionado por um projeto local de educação permanente para a elaboração do luto pelo fim de um período de trabalho naquele coletivo. Todo esse processo que antecedeu à troca da equipe foi muito intenso e produtivo. Ao final foi produzido um vídeo onde celebravam a história daquele grupo. O vídeo fala das apostas da equipe e dos usuários do serviço e encerra com uma cena que traduz o sentimento naquele momento: o apagar das luzes.

-(...) eu acho que a gente acaba pegando amor pelos pacientes e pelos técnicos, a gente sente uma amizade, um companheirismo (...) Aqui aconteceu de certa forma assim,

tiraram a OSS X e colocaram a OSS Y, acabou vindo um amigo, que é o Paulo, mas ficou uma coisa assim, a gente já tinha uma certa amizade, aconteceu algumas coisas que foram no dia a dia... eles colocaram outros...

- E o que mudou, João?

- Esse pessoal é muito técnico, né? Eles não tem muito vínculo com os pacientes... de amizade. (...) tem vínculo, mas é diferente.

Que vínculo é esse a que João se refere? Talvez seja a ausência de vínculo e todo o processo que se estabelece nos momentos iniciais de contato com uma nova equipe. O movimento cartográfico me permitiu vivenciar o que se seguiu. Foi um momento de transição difícil, que ainda hoje mostra sinais da ruptura. Esses sinais podem ser percebidos no esvaziamento do espaço de convivência do CAPS e em suas oficinas. Há também uma percepção dos trabalhadores e usuários de que houve um aumento de usuários em crise.

Porém, uma parte considerável mantém-se vinculada ao serviço. Assumem o espaço como uma produção coletiva da qual são coautores. Logo nos primeiros contatos com os usuários do CAPS, ficou evidente a aposta da equipe na participação dos usuários em espaços de discussão. As assembleias de usuários mostraram-se bastante potentes, com participação de grande número de usuários e trabalhadores do serviço. O conselho gestor também se mostra ativo. Assembleia de usuários e conselho gestor contribuíram com o sentimento de pertencimento que parece ter fortalecido e motivado a resistência dos usuários que se posicionaram ativamente contrários à troca da OSS durante todo o processo.

Esse sentimento de pertencimento também é percebido em outros serviços de saúde mental da região de abrangência do CAPS. Nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), é mais simples de compreender essa relação de pertencimento, porque é um lugar de morar. Moradores e moradoras que estabelecem um tipo de relação cotidiana, tanto com as casas, quanto com os trabalhadores, relação marcada pelo vínculo com o espaço, inclusive com direito à posse de alguns espaços e pertences individuais. No entanto, os trabalhadores percebem alguns desafios em função do acúmulo de tarefas burocráticas e de uma

mudança no perfil dos moradores dos SRTs que vem adquirindo maior grau de dependências decorrentes de comprometimentos físicos:

“ – A gente (cuidadores) tá acumulando tarefas. Aí fica difícil dar aquela atenção... a função de ficar do lado do morador, poder conversar, estimular... tá retrocedendo. Agora tão fechando armário pra não pegarem comida, tomam água no copo plástico...” (trabalhador de um SRTs)

A discussão da função de cuidador e das suas competências ficaram evidenciadas no processo de troca de OSS. Apesar de não ser o foco da pesquisa, o movimento cartográfico me permitiu estar nestes espaços de cuidado trazendo reflexões sobre a dificuldade de produção de plena autonomia dos moradores e o papel controlador que é vivenciado pelos cuidadores. No sentido da boa convivência, controlam-se o uso dos recursos e a manutenção da casa. Alguns trabalhadores dos SRTs apontam que esta não era uma realidade anteriormente, que algumas ações no sentido de incentivar a autonomia dos moradores, foram se perdendo com o passar do tempo e o aumento de tarefas burocráticas a serem cumpridas.

Mesmo no CAPS, essa função cuidadora não é um consenso. Há uma questão sobre o que é cuidar. Na fala a seguir, percebe-se uma questão surgida em espaço de discussão com trabalhadores do CAPS, que coloca em disputa o que é cuidar em saúde mental:

“(...) a gente se perde no papel do profissional, o embate girou em torno de como a gente se vê como técnico ou como cuidador, existe uma grande diferença entre uma coisa e outra, se eu sou um técnico eu tenho que ter um cuidado, eu consigo me aproximar, eu consigo me emocionar, me sensibilizar com algumas coisas, mas eu consigo manter uma distância de que aquilo não é meu, que aquilo é um trabalho, e como cuidadora acabo me envolvendo de uma forma emocional, aí quando há a troca (de profissionais) e eu me envolvo de forma pessoal isso fica mais difícil, tanto pro profissional como pro usuário, que na

saída do profissional não sabe se tá perdendo o profissional ou uma mãe, um irmão, um amigo...”

Penso que esta fala traduz apostas diferentes no cuidado em saúde mental e explicita a diferença produzida no cotidiano do trabalho em decorrência da troca de equipe. Nesse trecho há uma responsabilização dos trabalhadores pelo sofrimento decorrente pela perda de vínculo, sem uma crítica à conjuntura que é a troca da OSS. E se coloca em questão a relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, com uma valorização das tecnologias leve-duras, ou seja, dos saberes técnicos presentes na produção dos atos de saúde. (MERHY, 2013)

Já o Cecco nem sempre é entendido como um serviço de saúde, há uma percepção dos usuários de que é um lugar para “passar o tempo”, João sente que é um espaço muito diferente do CAPS, diz que o Cecco é um lugar de “fazer”, de se divertir e brincar sem muita interferência dos trabalhadores, ao contrário do CAPS onde há mais interferência. Também aponta que no Cecco há um cuidado com pessoas em maior vulnerabilidade, pois é um lugar de acesso aberto à comunidade, o que inclui as pessoas em situação de rua que utilizam os serviços de acolhida da região. Não faz julgamentos, apenas aponta as diferenças e o espaço ocupado pelos diferentes serviços no seu cotidiano.

Outra questão que aparece como um foco de atenção para as equipes é a possibilidade de sustentar o espaço de convivência dentro do CAPS enquanto espaço de produção de cuidado e de fabricação de vínculo.

- Eu aprendi sofrendo a sustentar a convivência. Os trabalhadores ficam naquela angústia de que tem que fazer alguma coisa pois tem que produzir. Aí marca visita, marca atendimento... A turma que consegue ficar um pouco mais ali junto também é muito difícil, pois é difícil estar com o outro que está vazio, desorganizado, com falação, com a TV alta. Conviver parece simples, mas é difícil. (trabalhador)

Foi discutido em um processamento do campo com trabalhadores o quanto o “estar junto” provoca reações e incômodos, porém, não se produz cuidado sem este

vínculo, sem os encontros. O cuidado se dá em ato. As vezes no encontro com o serviço, mas sempre entre pessoas. Uma das estratégias utilizadas para a estimulação de socialização é a inserção em grupos de convivência onde habilidades sociais são colocadas em prática.

Os grupos de convivência são uma ferramenta muito utilizada em serviços de Saúde Mental e em especial no CECCO surge como aposta prioritária desde a implantação do serviço. Os CECCOs são serviços iminentemente intersetoriais, onde os saberes técnicos da saúde são miscigenados com outras intervenções artísticas, culturais e esportivas. Há uma configuração que não segue a de um serviço de saúde tradicional, onde há consultórios, aventais brancos, médicos, etc. O processo de convivência é vivo, embora seja um dispositivo artificialmente criado para favorecer os encontros. É um espaço produtor de deslocamentos e, conseqüentemente amplia repertórios, compreensões e potencialidades individuais e coletivas. O CECCO tem por característica ser um serviço aberto à comunidade, o perfil dos usuários é bastante diversificado, o que pode favorecer maior interação e inserção social por minimizar o estigma de doente mental. O Cecco também possui projetos de geração de renda em articulação com a Rede Ecosol e, desde a implantação dos primeiros CECCOs pelo município, surgiu como espaço de inclusão pelo trabalho cooperado (LOPES, 1999)

O CAPS igualmente oferta espaço de convivência, onde há a possibilidade de se encontrar com trabalhadores e outros usuários, além de participar de atividades diversas. Há necessidade de disponibilidade dos trabalhadores para o encontro e para manejar as situações coletivas dando visibilidade às características e demandas individuais dos diferentes participantes. FERRO et al (2012) ao analisar um grupo de convivência em saúde mental, aponta que há nesse grupo a potencialidade para ampliar as redes sociais de apoio de seus participantes a partir dos encontros e da criação de vínculos entre eles, porém, percebem pouca autonomia e capacidade de auto-gestão do grupo que solicita a intervenção de trabalhadores para conseguirem organizar as atividades que se propõem a realizar. Ainda neste estudo, foi observado que as atividades que são ofertadas nos espaços de convivência e que compõem parte do PTS dos usuários, nem sempre são identificadas a partir da demanda dos usuários, alguns PTS são elaborados unilateralmente pelo trabalhador.

Alguns usuários frequentam outros pontos da rede de serviços de saúde. Principalmente o Cecco e UBS. Muitos têm algum contato com as UBSs, no entanto, não parece haver um vínculo mais aprofundado. João, por exemplo, usa esporadicamente a UBS, para atendimentos na saúde bucal e com clínico, mas queixa da demora em ser atendido. Faz outros caminhos para obter cuidado em saúde, pois tem familiares da área da saúde que o auxiliam em alguns momentos, por exemplo, levando seus exames para serem avaliados por médicos conhecidos.

São poucos os usuários do CAPS que também são do Cecco, João participa de atividades duas a três vezes por semana no Cecco e compõe o seu Conselho Gestor. Essa longitudinalidade do acompanhamento no Cecco parece conferir uma maior segurança e a manutenção do vínculo com a rede formal de cuidados. Os trabalhadores do Cecco são funcionários públicos estatutários e, portanto, tem maior estabilidade e permanência no serviço, o que por um lado pode favorecer o estreitamento de vínculos e manutenção dos cuidados, mas por outro lado pode produzir invisibilidades e cristalizações nos processos de trabalho.

Esta maior circulação pela rede formal, parece favorecer o cuidado à medida em que o vínculo e os encontros cuidadores se dão em diferentes lugares e com diferentes pessoas, minimizando os efeitos dos atravessamentos como o da troca da gestão.

João me mostra o quanto os diferentes lugares e pessoas vão produzindo novas potências. Sabe o que deseja e espera de cada um desses espaços intercessores e vai me apresentando à complexidade de sua rede de afetos (CERQUEIRA et al, 2014)

O Conselho Gestor é uma referência importante para João. Ele acredita que é uma maneira de colaborar, de participar e conquistar melhorias para todos. Essa necessidade de participação e conquista de direitos é observada em outros momentos dentro do CAPS e do Cecco. Houve mobilização de trabalhadores e usuários, além da ocasião da troca de OSS, também para a reforma e manutenção no prédio que abriga o Cecco, inclusive em articulação com a Supervisão Técnica de Saúde da região.

Embora João seja participativo, tenha opiniões e as exponha em alguns momentos, ele sente que sua participação é insuficiente. Percebe-se muito calado e, nem sempre se sente autorizado a falar pois acredita que há áreas que não competem a ele. Segue diálogo com João:

- *Você participa do conselho gestor do CECCO, do CAPS e da Supervisão. Como é sua participação nestes espaços?*
- *Eu fico quieto só, participo naquilo que posso, né? Eu vou lá, eu assino, mas eu sou uma pessoa assim quieta, não tenho amizade, não tenho nada de nada a oferecer.*
- *Quando você vai nessas reuniões de conselho gestor, você acha que não tem nada a oferecer?*
- *Eu tento, mas tenho problemas mentais, e acho que, não sei... não bate muito. É como assim... é como vinagre pro vinho. Eu gosto de participar com as pessoas, de ficar junto, aquele calor humano. Ir nas reuniões, as pessoas conseguem me levar. Mas eu ir em algum lugar, pegar um ônibus, outro ônibus, eu estou assim, muito alienado, entendeu? E lá eu sou do conselho gestor, né, tem aquela coisa... de estar sempre produzindo alguma coisa, né? De ter aquela imagem”*

A participação nos espaços de conselho gestor surgem como aposta de inserção social no PTS de João e na produção de autonomia, no entanto, há uma assimetria na relação entre João e o coletivo “conselho gestor”, evidenciado na fala acima. Esta mesma assimetria, que produz silenciamento é apontada por COSTA e PAULON (2012) como processos que constroem o protagonismo do usuário. Processos esses marcados por relações enrijecidas e hierarquizadas que podem produzir uma institucionalização cronificadora e inviabilizar as possibilidades de protagonismo dos usuários em saúde mental, principalmente levando-se em conta o estigma da loucura que marca e limita estes sujeitos.

4.4 CRONICIDADE: DESAFIOS À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

“Eu não posso viver aqui, em função do CAPS, em função do CECCO, em função dos meus irmãos. Eles vão morrer uma hora, eu vou ter que fazer alguma coisa. Só que eu não sei sair daquele mundo (...) eu só tenho aquele mundo ali. Vivendo só naquele espaço, não sei o que fazer” (João)

Com a implantação dos serviços substitutivos em Saúde Mental aposta-se na desospitalização dos sujeitos em sofrimento mental. Os manicômios deixariam de ser referência para dar lugar a diferentes serviços que compõem uma rede com a missão de cuidar destas pessoas em liberdade, com maior autonomia e inseridas no território. CAPS, CECCO, SRTs, enfermarias em hospitais gerais e outros recursos, se articulando para apoiar usuários destes serviços e suas famílias. No entanto, um desafio permanece: a desinstitucionalização. Quais os arranjos possíveis aos trabalhadores e aos serviços de saúde para, em conjunto com estes usuários e suas famílias, assim como com a comunidade, para promover maior inserção social?

KINOSHITA (2014) considera que para evitar a cronificação dos usuários é necessário acreditar na mudança e compreender que os processos não são

instantâneos, podendo levar grandes períodos de tempo para se concretizarem, o que exige persistência nas ações e perspectivas temporais mais realistas. A ilusão de que as vivências se repetem, deve-se a uma percepção da circularidade de ações, porém, estas ações nunca se repetem pois se iniciam sempre em outros momentos e contextos de vida, o que pede acompanhamento e apoio prolongados. Importante notar os pequenos ganhos de autonomia e diversificação das vivências como percebido na fala da trabalhadora abaixo:

- Na verdade a gente sabe muito bem de quem está falando (texto sobre cena do usuário guia), quando ele chegou aqui ele só almoçava e ia embora, ele vinha para o serviço, até participava, falava pouco e ia embora e isso chamou a atenção da equipe, nos aproximamos... fomos conversando e ele trouxe dois focos: o filho e a vida normal que ele tinha, da necessidade de agora ter alguém sempre com ele, na verdade a família acha isso. A gente foi o ajudando e aí ele foi abrindo, dizendo que queria chegar a vida de antes, foi conseguindo chegar nesses espaços e ter autonomia, de uma forma muito rica. Do que era antes e o que você vê hoje... uma riqueza muito grande de autonomia, frequentar esses espaços, participar de reuniões de dizer algumas coisas, de trazer pra gente algumas coisas. (fala de uma trabalhadora do CAPS)

O PTS deste usuário incluía ações de inserção em espaços de participação como modo de estimular sua autonomia. No entanto, as ofertas típicas dos CAPS podem ter também um papel importante na cronificação dos usuários, à medida em que os restringem ao ambiente do CAPS em coletivos repetitivos. LANCETTI (2014) observa que os serviços que agrupam doentes mentais tendem a cronificar-se, e muitas vezes ofertam:

“sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida, por exemplo, mas quando há uma crise busca-se logo o psiquiatra” (pag.47).

Esta busca por adequar o usuário às possibilidades dos serviços configura-se um dos principais problemas de que os CAPS sofrem. Outros desafios são aqueles

ligados à relação com o território onde vivem seus usuários. A postura crítica dos usuários com relação aos serviços e ao cuidado ofertado surgiu em diversos momentos em falas analíticas e posturas críticas. Segue um trecho de um diálogo com João, onde ele faz uma análise sobre o serviço.

-(...) É como uma empresa, você modela o funcionário de acordo com que você quer

- E aqui modela o paciente? E isso?

- Acho que sim. Se o paciente tiver força, familiar, e sair da situação, ele sai, entendeu? Quando ele não tem força, ele vem a óbito ou fica estagnado naquela conduta que nunca muda.

- Você, por exemplo, acha que poderia ser feito uma coisa diferente pra você então?

- Eu acho que não. Acho que já está no máximo.

- Mas você diz que sente que pode fazer mais do que você faz

- Eu não estou no máximo. Acho que o serviço está no máximo.

A fonte de atendimento deles já está no máximo.

Um PTS deve ofertar ações centradas nos desejos e necessidades do usuário, ou seja, deve ser usuário centrada e não limitada pelas possibilidades iniciais dos serviços. O objetivo principal desse PTS é a potencialização desse sujeito para viver em sociedade exercendo seus direitos de cidadania. Para isso é importante identificar os projetos de cada usuário, as coisas de que sente falta e que gostaria de conquistar, ou reconquistar, e em muitos casos, mediar esse processo, facilitando sua concretização ou adaptação através de passos que o viabilizem. (KINOSHITA, 2014)

Dentre as limitações identificadas pelos usuários na produção do cuidado, estão também os limites com a atenção básica e com os serviços de urgência e emergência clínica. O óbito recente de um usuário em decorrência de agravos clínicos colocou em questão o cuidado que os usuários da saúde mental recebem nos outros níveis de atenção e o quanto são desassistidos.

- (,,,) Morreu um cara, você ficou sabendo? Eu que levei no médico, levei na UBS aqui em frente. Tinha que levar no vascular, falei várias vezes, nunca ninguém escuta. Aí levaram ele pro (Hospital) Iva e lá deu óbito (...) (João)

- (...) Eu tive notícia de uns seis falecimentos de causas clínicas, novos ainda, pois não tem acompanhamento na UBS. Quando vai no hospital geral, vai e volta (...) Tentaram dar alta e quem sustentou de ficar no hospital foi a psiquiatra (...) Aí passa o clínico só pra encaminhar pra psiquiatra. Para o pessoal da rede das unidades básicas é só mais uma cabeça de louco sem outras coisas. (trabalhador do CAPS)

Trabalhadores e usuários, impactados, trazem esta questão para a pauta de reuniões e concluem que não há um olhar atento às demandas clínicas das pessoas com transtornos mentais graves. João queixa que havia um cuidado maior por parte das equipes de saúde mental que anteriormente faziam um contato mais próximo com as UBS para promover maior cuidado e que, atualmente, não é mais realizado. Entretanto, ações feitas por alguns trabalhadores e que investem no fortalecimento de uma postura mais crítica nos usuários, como a oficina de jornal e a confecção do “CAPS News” são percebidas por estes como um espaço de cuidado importante que associam à iniciativa individual dos trabalhadores, sem perceber a proposta geral do serviço que gerou estas iniciativas. Essa percepção condiz com uma proposta Antimanicomial de atenção em Saúde Mental, onde há demandas por extrapolar os “muros” institucionais:

“ A reforma psiquiátrica, longe de reduzir-se a bandeiras ideológicas, traz para a clínica uma exacerbação de complexidade. A consulta psiquiátrica, a entrevista psicológica e a visita domiciliar, os grupos terapêuticos e as oficinas de arte e de produção são recursos pobres para o atendimento de pessoas que não demandam, que não possuem cultura psi ou que se violentam de diversas formas.

As sessões de família em domicílio, as atividades ocorridas no território sem a participação direta de profissionais da saúde mental, as discussões de caso realizadas no percurso que vai da unidade de saúde até o domicílio dos usuários, os agenciamentos produzidos com organizações de

cooperação, religiosas ou com produções de arte são novos settings terapêuticos mais eficazes e sintonizados com as novas formas de doença mental.” (LANCETTI, 2014, p.51)

Em oficina com gestores das equipes de CAPS pré e pós troca de OSS foi discutido o quanto os CAPS podem ser um serviço substitutivo, mas que funciona numa lógica ambulatorial que quando chega uma crise manda o usuário para o hospital. Os trabalhadores falam de como era o CAPS antigamente, antes das duas últimas equipes. Havia uma forte tendência a trabalhar em esquema de ambulatório, com oferta predominantemente de consultas, mas que houve uma aposta da gestão em colocar em questão o que é ser um modelo substitutivo ao modelo asilar e propor mudanças no cotidiano do trabalho. A construção desse novo modo de trabalhar foi muito difícil, a atenção aos usuários que estavam muito mal, a necessidade de rever a medicação, ter que lidar com os imprevistos e suportá-los é um grande desafio. A construção desses recursos exige tempo e dedicação.

Qual a maior demanda por atenção no cotidiano do serviço? Este é um campo problemático importante para se pensar a produção do cuidado em saúde mental. Há necessidade de se manter o investimento constante aos usuários para não produzir a estagnação que o João fala. Ver-se frente a uma situação estável pode ser confortável tanto à equipe quanto ao usuário e sua família, porém, esta estabilidade pode estar a favor da estagnação. Porque se coloca limites para a potencialidade do louco? Será que a estabilidade não coloca uma invisibilidade sobre esta potencialidade? Essa estagnação parece ser produzida tanto pela lógica dos serviços e da rede, quanto por aquelas inerentes aos próprios usuários em seus modos de viver a vida e expressar sua loucura.

No diálogo abaixo o usuário trouxe sua percepção de que há um lugar a se chegar com o tratamento. Esse lugar é a estabilidade, que pode ser compreendida como uma “evolução” quando comparada a outras fases do acompanhamento do usuário, onde suas limitações eram maiores e seu sofrimento de outro nível de intensidade. No entanto, quando é colocada sob um olhar para os ganhos atuais e, também, para os projetos de vida do usuário passa a ter mais uma característica de imobilidade e estagnação.

- A gente é conhecido como veterano, entendeu? De CAPS. Pra mim trabalhar, tenho que acompanhar alguém (...) me acompanhar no serviço, fazer as mesmas coisas sempre até aposentar. Precisava de alguém que me levasse pra fazer isso. Sei que sou assim uma pessoa que estou estável, estou estável mas não progrido.*
- E o que você acha disso, João?*
- Eu prefiro ser estável. É mais tranquilo, o coração agradece. Não tem muitas emoções.*

O desejo da estabilidade pode ser forte em quem passa ou passou por muita instabilidade. O medo de arriscar e piorar produz uma acomodação do usuário e da equipe frente ao tratamento e, nesses casos, caminha mais a favor da institucionalização do que a desinstitucionalização.

A pesquisa ajudou a produzir processos de visibilidade e dizibilidade para além do instituído, provocando movimentos instituintes ao provocar discussões e reflexões sobre o PTS do usuário guia, mas também de outros usuários. Estas reflexões são constitutivas deste texto, pois fizeram parte das várias oficinas de processamento com os diferentes atores desse processo. Abaixo destaco a fala de um trabalhador sobre o manejo das crises e dos casos estáveis, que é analisadora desse processo:

- (...) Essa coisa que eu trouxe de apagar incêndio. Está vivo pra mim e as fragilidades da raps são muito parecidas. Não tem perna pra cuidar das crises. Tem um investimento maciço mas é quase mais do mesmo. Estável e parado ali. E olha que o João tem muitos recursos psíquicos, tem facilidades com o outro e ele conseguiu ampliar o repertório e conseguiu produzir encontros no mundo. Ele foi fazendo sentido pra ele. Penso nos outros estáveis mais empobrecidos...*

Qual o projeto dos diferentes serviços de saúde mental? Qual o objeto e objetivo da RAPS? Há uma proposta de um novo paradigma no cuidado em saúde mental. Esta proposta traz uma aposta na valorização da vida, no cuidado em liberdade, na

autonomia do sujeito e nos modelos substitutivos aos manicômios. São ideais grandes e complexos de serem implementados. Algumas ações mais concretas como o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a ampliação da rede substitutiva vão acontecendo gradualmente, porém, como produzir esta mudança do cuidado no cotidiano dos serviços, na relação entre trabalhadores, usuários, familiares e comunidade permanece um grande desafio.

As diferentes equipes (CAPS, Cecco, Microterritórios, etc.) buscam promover este cuidado enquanto lidam com outros desafios inerentes ao cotidiano do trabalho, como a grande demanda, os poucos recursos, os relacionamentos interpessoais, o sucateamento do serviço público, os processos de terceirização da gestão, os atravessamentos de diferentes tipos e intensidades. Queixam-se de terem que *“apagar incêndios, ficando sem tempo de se dedicar aos usuários mais estáveis”*.

Este é um desafio constante no cuidado aos usuários da RAPS, principalmente aos “estáveis” que nem sempre têm visibilidade em meio aos “incêndios” representados pelas demandas urgentes do dia-a-dia do trabalho em saúde. Dentro do modelo de cuidado vivenciado, há muitos usuários estabilizados, no entanto, essa condição pode ser marcada por despotencialização de novos modos de subjetivação. Há um risco constante de que os novos modos de produzir cuidado em saúde mental atualizem o modelo manicomial por via de mecanismos de controle e patologização da vida e, por isso, faz-se necessário colocar-se em análise os modelos substitutivos em saúde mental e suas práticas cotidianas com o objetivo de minimizar estes riscos (Amarante, 1999).

A atenção à crise é uma aposta importante no cotidiano do trabalho em saúde mental. É um conceito historicamente presente tanto na medicina geral quanto na psiquiatria e inicialmente correspondia ao momento onde a doença se revelava em sua essência, sendo o tempo propício para a cura, para a extirpação da loucura. Este conceito de crise foi superado com o recurso à anatomia patológica, onde as necropsias realizadas nos manicômios produziram uma rejeição teórica da crise. Foi com a associação entre crime e loucura, que a crise voltou a ter seu lugar na clínica da psiquiatria. (Moebus, 2014)

“Toda essa tentativa do saber psiquiátrico fundar-se como verdade a partir da anatomia patológica, ou do regime disciplinar, ou da imposição da calma aos loucos, fracassa, não conseguindo

construir-se com base no modelo da medicina-constatação, de inquérito, da demonstração. ”
(Moebus, 2014, p 47)

A atenção à crise é um dos desafios à RAPS quando se pensa a necessidade de se superar os manicômios e as internações como únicos meios de manejo. Os serviços substitutivos foram implantados segundo essa lógica do cuidado em liberdade, porém ainda é frequentemente utilizado o recurso da internação em situações de crise.

O cuidado exige outras ofertas no sentido de promover a inserção social como produtora de vida. A estabilidade não é suficiente para produzir potência de vida e construção de possibilidades frente aos desejos e vontades de cada um, desse modo, no acompanhamento longitudinal aos usuários, há de se ter a perspectiva de incluir seus projetos de felicidade (Ayres, 2004) ampliando as ofertas e favorecendo a participação ativa destes usuários.

A percepção do usuário sobre a estabilidade trouxe uma reflexão sobre os modos de funcionamento dos serviços de saúde mental que colocou em evidência o papel da crise como fator desencadeante de cuidados e mobilizador de recursos. O primeiro passo na direção da desinstitucionalização é renunciar à cura, que no caso da psiquiatria seria a normalidade plenamente restabelecida, o que não é sinônimo de deixar de tratar, mas sim de produzir estratégias complexas de invenção de saúde e de vida. Tendo como um de seus objetivos principais a transformação das relações de poder entre instituições e sujeitos. A desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição de pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se produza soluções imediatas, não se cure, no entanto, certamente fabrica cuidado. (ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D., 1990)

As relações entre os sujeitos e destes com a instituição são complexas e, por vezes, marcadas por relações de poder às quais a desinstitucionalização deve se dedicar a transformar em relações mais horizontalizadas de produção compartilhada. Esse desafio pode ser percebido na fala abaixo:

- (...) eu não me meteria a dizer o que precisa fazer (sobre sugestões para o trabalho do CAPS e do CECCO). Não é uma linha de abrangência minha do que posso fazer junto (...) a minha cabeça não condiz mais com isso. Eu diria que tenho

que ficar quieto. Tem uma luzinha que acende ali: fica quieto, não faz nada, essa parte não te compete (...) o que está sendo feito pra mim, está bom. Tô conseguindo me manter, pelo menos não tô brigando com ninguém. (usuário)

Apesar da oferta de espaços de participação, há uma referência à sua sensação de “não poder”. As relações que se estabelecem não estão produzindo maior protagonismo deste usuário no cotidiano dos serviços.

Outro importante enfrentamento no processo de desinstitucionalização é a construção de rede de saúde mental no território, articulando os vários serviços não só da saúde, contribuindo com os modos de produção de vida das pessoas em suas comunidades.

O fato do território estudado contar com apenas um serviço de CAPS II, um CAPS ad, um CAPS Infanto Juvenil e um Cecco, para uma população de aproximadamente 620.000 habitantes, pode ser também um grande dificultador da produção do cuidado em saúde mental para além da atenção à crise. Se há um estável, que não demanda ações urgentes, e uma situação de crise a ser manejada, esta última ganhará a prioridade dos serviços.

No entanto, o CECCO foi um importante aposta no processo de desinstitucionalização considerando ter sido criado prioritariamente para atender à demanda por inserção social, por meio da convivência, de ações de promoção à saúde e de programas de geração de renda. Produz visibilidade na estabilidade, favorecendo o protagonismo dos usuários através de ações de geração de renda, e a inserção desvinculada dos “rótulos” visto que é aberto à comunidade em geral. O Cecco surge como um serviço em busca de se “encontrar” dentro da rede de serviços. Por ser um serviço intersetorial, seu lugar dentro da rede não é muito bem delimitado. Estrutura-se de modo contra hegemônico, mas, por vezes busca uma aproximação com os modos de organização mais tradicionais na área da saúde. Esta parece ser uma crise constitutiva do seu modo de operar, que é enfrentada desde a sua implantação (LOPES, 1999). Esse lugar no “entre” surge com a aposta num espaço iminentemente intersetorial, os coloca em constante desterritorialização e, conseqüente movimento de reterritorialização, no sentido de encontrar um lugar de pertencimento. Porém, o CECCO surge como uma aposta importante de

articulação do território justamente por essa base intersetorial. Em busca de se configurar enquanto um serviço da saúde, o Cecco opta por fazer aproximações com o modo hegemônico de produzir cuidado em saúde. Pedem encaminhamentos dos serviços de saúde com informações sobre o quadro clínico/psiquiátrico dos usuários que foram indicados para frequentarem as atividades do Cecco, em moldes semelhantes aos formulários de referência e contra referência, no entanto, não há muitos espaços de discussão de casos e de elaboração de projetos terapêuticos singulares dentro da equipe. Aos usuários que buscam o serviço, é ofertada uma grade de atividades a serem escolhidas, o que coloca o usuário no centro de sua própria programação, no entanto, não há uma elaboração mais aprofundada considerando um projeto para fora do serviço na maioria dos casos.

A articulação entre os diferentes serviços é feita em reuniões como o Fórum de Saúde Mental, que conta com periodicidade mensal e a participação de representantes de serviços da saúde, da assistência social e educação. Consiste em um espaço de discussão sobre a atenção a pessoas em sofrimento mental, com elaboração de agenda comum e de fluxos, possibilitando um cuidado ampliado e uma maior potência na produção de vida no território.

Além do Fórum há reuniões de microterritório que são compostas por representantes de diferentes equipamentos, principalmente da saúde, mas também da assistência social e da defensoria, reunidas mensalmente em cada um dos cinco microterritórios que compõem a área de abrangência desta Supervisão Técnica de Saúde. As reuniões de microterritórios são espaços prioritariamente para discussão de casos “complexos” e elaboração de intervenções conjuntas.

Ambos espaços têm a função de promover encontros e facilitar a comunicação entre os trabalhadores, com os diferentes serviços e suas ofertas. Muitas vezes, os espaços menos programados, como antes do início das discussões ou ao final delas, são de grande potência na condução dos casos complexos e na “afinação” do trabalho em rede.

Estes espaços vêm contribuindo no estreitamento das relações entre os serviços, porém, há ainda esforços em avançar na articulação para o acompanhamento dos casos de menor complexidade ou de urgências, onde não é possível aguardar pela reunião mensal e nem para entrar na regulação formal.

Nos encontros com os trabalhadores em diferentes espaços do território, as disputas de projeto foram explicitadas mediante narrativas de maior ou menor potência dos espaços coletivos. Estes momentos de encontro e articulação de redes são fortemente mobilizados pelos casos com intenso sofrimento decorrentes de situações de grande vulnerabilidade social. A situação de João é diferente disso, sua família produz um arranjo cuidador e, principalmente provedor, mas que não dá conta de suas outras demandas de produção de vida.

As ações propostas para acompanhamento aos casos estáveis são principalmente aquelas ligadas aos espaços coletivos representados pelas oficinas nos diferentes serviços e, algumas vezes, em ações de articulação com outros recursos da comunidade, como serviços de cultura, educação e lazer. Estas ações mostram-se valiosas no estímulo à inserção no território e nas interações sociais entre os usuários, no entanto, deixam fora de alguns projetos as necessidades de saúde singulares destes mesmos usuários, como a busca por mediadores no acesso à educação, ao trabalho, à circulação no espaço público.

Qual a potência da RAPS para a produção de vida no sentido da desinstitucionalização e descronificação?

A institucionalização e a cronicidade são ainda muito presentes quando se pensa em manter o “conforto” da estabilidade enquanto ação protetora. Essa condição de “estabilidade” parece, em alguns casos, ganhar *status* de nova “normalidade” e desse modo, considerando a associação entre saúde e normalidade ainda muito comum entre os profissionais de saúde, sair desse estado de estabilidade seria entrar em um estado de adoecimento a ser evitado. No entanto, como diz CAPONI (2003), a saúde implica em muito mais do que viver em conformidade com o meio externo, de manter-se dentro da norma, implica na capacidade que se constitui ao instituir novas normas em situações novas. Caminhar pela vida tem a ver com movimento, continuidade, que só acaba com a morte. Pensar nas formas de caminhar pela vida, precisa de movimento que não é solitário, mas em conjunto, e que pede um acompanhamento longitudinal que é para a vida.

Cuidar das pessoas é ajuda-las a produzir possibilidades de vida. Isso é algo grandioso e pode ser assustador. Os serviços de saúde mental ainda são poucos e têm instabilidade. Penso que a dinâmica das OSS e as mudanças provocadas pelas mudanças da gestão e dos trabalhadores, mexem num limite muito frágil e deixa

mais frágil ainda porque a cada mudança é como se voltasse ao início e o tempo que se demora para construir novos vínculos, novas estratégias e novos modos de produzir cuidado, são percebidos e causam sofrimento tanto aos usuários quanto aos trabalhadores,

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS: PRIMEIROS PASSOS DE UMA LONGA CAMINHADA.

A organização de um texto acadêmico põe alguns termos a serem seguidos, e a ordenação é essa: considerações finais, ao fim do texto. Não fosse isso, seriam considerações do meio, de um novo início. Essas considerações fazem parte da trama tecida nessa caminhada cartográfica que segue em movimento.

Foram produzidos analisadores a partir dessa trama e, apesar de serem apresentados separadamente, são constitucionalmente interligados e intercessores entre si. Quero ainda dizer que meu interesse primeiro não foi a necessária e impactante Reforma Psiquiátrica, mas sim o cuidado. Cuidado esse que eu imagino ter sido parte da motivação para que os trabalhadores se unissem aos pacientes e familiares nos primórdios do Movimento da Luta Antimanicomial e que a mantém viva até hoje na busca por melhores condições de vida e apoio às pessoas com sofrimento mental. Esse cuidado que se dá micropoliticamente no cotidiano, nos encontros intercessores e nas produções conjuntas foi ponto central nessa cartografia guiada pelo João.

O percurso cartográfico que me permiti fazer ao longo desse projeto de pesquisa foi bastante enriquecedor na produção de encontros que pudessem estudar os próprios encontros enquanto espaços intercessores de produção de cuidado, olhando para a RAPS e colocando a centralidade do olhar do usuário. Embora os analisadores

fabricados para a discussão aqui apresentada remetam a temas que são frequentemente discutidos no campo da saúde mental, penso que ganham nesta dissertação uma qualificação muito significativa que é a construção desses analisadores em conjunto com os usuários. Este trabalho produz em mim a satisfação de dar voz aos usuários da saúde mental, tão estigmatizados e historicamente desvalorizados em sua capacidade de opinar e decidir sobre suas próprias vidas.

O encontro pesquisadora-usuário guia, pode ser entendido como um encontro intercessor pois estabeleceu-se um espaço de produção conjunta de um modo de olhar para o campo do cuidado em saúde mental e de produzir uma caminhada pelo território. Foi um bom encontro, potencializador do alcance da cartografia que nos propomos a realizar em conjunto, assim como gerou novos modos de ser trabalhadora e usuária da RAPS.

João me apresentou a uma rede de cuidados que inclui serviços de saúde e outras maneiras de produzir arranjos cuidadores junto à sua família e no território por onde circula. Penso que a principal marca que trouxe foi a da multiplicidade. A cada novo encontro, em diferentes espaços, era acionado um novo sujeito que apesar das suas limitações, inclusive de autonomia, fazia escolhas e utilizava os recursos ofertados de acordo com suas necessidades e possibilidades. João é alguém que “usa a rede”, o que combina perfeitamente com o termo “usuário do serviço”. Mesmo com todas as dificuldades, falta de diversidade nas ofertas e pouca dedicação às suas singularidades, mostrou-se capaz de produzir vida nestes encontros com os trabalhadores e com os demais usuários. No entanto, sua circulação se dá quase exclusivamente pelos espaços da rede formal de cuidado.

É importante assinalar que a produção deste texto corresponde a um recorte temporal, como um trecho de um filme que continua em processo. Esta produção foi marcada por um período onde ocorreu uma mudança marcante que resultou em diversos movimentos de desterritorialização e reterritorialização, cuja contextualização é essencial para melhor compreensão das forças atuantes e dos modos de subjetivação presentes.

Foi percebido o papel central que as tecnologias leves exercem na produção do cuidado em saúde mental. A valorização do vínculo no cuidado e o impacto marcante que a quebra do mesmo produziu nos usuários e trabalhadores do serviço

são indicativas dessa centralidade. Nesses espaços de encontro entre os usuários e os trabalhadores há potência para construir um projeto de cuidado em cogestão, onde o protagonismo dos usuários seja incentivado e valorizado. Penso que é um grande desafio, pois, mesmo onde essa é a aposta dos trabalhadores e da gestão dos serviços, há uma tendência a capturar este usuário em uma rede de regras e formulas prontas de produzir saúde de acordo com um modelo médico-hegemônico gerido pelo biopoder. Essa automatização das ofertas também é acionada como modo de defesa frente à grande demanda que bate à porta dos serviços de saúde mental e à gravidade de uma parte considerável dos casos, que são desafios diários ao trabalho em saúde.

Interessante notar o quanto os casos mais “extremos”, como aqueles de grande vulnerabilidade social, a exemplo de pessoas com transtornos mentais em situação de rua, parecem não apenas mobilizar os trabalhadores e pesquisadores, mas, praticamente monopolizar sua atenção. A produção de vida destes usuários é marcada por “malabarismos” no enfrentamento de um cotidiano de situações muito diferentes daquelas vivenciadas pela maioria da população, incluindo trabalhadores e pesquisadores. Talvez essa diferença, cause maior desconforto e necessidade de intervenção. Há também a pressão social sobre os serviços de saúde para “resolver” a questão que está impactando na vida da comunidade. Por outro lado, os casos “estáveis” estão em lugar de conforto, pois não demandam ações emergenciais e, com o agravante de que não vão ter respostas milagrosas às possíveis intervenções.

As ações em situações de crise, ou de grande vulnerabilidade social, podem ser em grande parte dos casos, muito diretas e impactantes. Entre essas ações estão a internação ou a medicação e remissão de crises, o que inclui controlar comportamentos “inadequados” que causam constrangimentos ou risco à população e ao sujeito. Essas ações são ainda mais presentes em uma rede como a estudada, onde não há CAPS III e os casos que necessitam de maior proteção não podem contar com acolhimento noturno no serviço e com a equipe com quem já possui um vínculo. Já os casos estabilizados, oferecem um desafio a longo prazo. No entanto, mesmo os casos que são alvo dessas ações mais pontuais, acabam por não terem uma continuidade no acompanhamento no sentido de buscar a construção de PTSs centrados nos projetos de felicidade dos usuários. O cuidado longitudinal e em

“profundidade” necessário para encontrar e estimular o desenvolvimento das potências desses sujeitos, é um tipo de cuidado que necessita de uma dedicação intensa dos trabalhadores, além da articulação em rede intersetorial.

Esta articulação exige o fortalecimento cotidiano de diversas ações para ampliar as possibilidades de conexão entre os diferentes serviços, criar espaços de encontros e discussão que incluam trabalhadores, usuários e a sociedade de um modo geral. Mas, por outro lado, esbarram sempre na limitação de recursos.

Conquistar e cuidar respeitando as necessidades de saúde de cada pessoa aproxima-se mais da “arte” do que da “indústria”, ou seja, não dá para fabricar soluções em massa para questões e necessidades singulares. Infelizmente, o que percebemos é que a oferta de medicamentos e de atividades prescritivas ainda são a maior parte das ofertas de cuidado em saúde mental. Embora sejam recursos importantes, o empobrecimento de outras ofertas impacta de forma negativa a produção do cuidado.

Alguns usuários atingem o estágio onde são considerados estáveis, ou seja, estão respondendo bem à medicação e tem certo grau de autonomia que permite algum nível de inserção social, seja nas atividades ofertadas pela RAPS ou no convívio familiar e social. Entretanto, este estágio de estabilidade não significa que o usuário tenha circulação e inserção ampliadas. Podemos citar como exemplo, os usuários que fazem uso adequado da medicação, frequentam oficinas no CAPS e no CECCO, mas não têm autonomia em outras atividades onde não há mediação dos trabalhadores e dos serviços da RAPS. Ações como a inclusão no mercado de trabalho ou em espaços de educação, lazer e cultura extrapolam os limites de uma rede onde o máximo de articulação costuma se dar entre a saúde e a assistência social, principalmente em torno de casos de grande vulnerabilidade social.

Apesar da RAPS ser pautada em princípios bastante revolucionários como o cuidado em liberdade, a responsabilização e a inserção social, há um risco de se reproduzir o modelo de cuidado médico-hegemônico onde a produção de atos de saúde é pautada na utilização das tecnologias duras e leve-duras, ou seja, em atos procedimento-centrados em detrimento de atos usuário-centrados.

Alguns usuários têm a potência do pertencimento e utilizam os serviços, fazendo vínculo com a rede como um todo. Ao mesmo tempo em que a rede pode ser

capturada pelo modelo médico-hegemônico é também disputada por estes usuários que afirmam que não querem só remédio, e pelos trabalhadores que apostam em modos contra hegemônicos de cuidar.

Derrubar os muros dos manicômios não garante a desinstitucionalização, como percebi nas falas frequentes de João, quando relata a “estagnação na estabilidade”. E romper com esta estagnação é um grande desafio à RAPS, aos usuários e trabalhadores. Como surgiu na fala de uma trabalhadora, não existe uma fórmula para se cuidar, não tem uma “receita” para garantir autonomia e inserção social. Provocar a desestabilização é tirar usuários e trabalhadores da zona de conforto da estabilidade e pode provocar sofrimento. Quais as ferramentas necessárias para manejar este desconforto decorrente da movimentação? Seria uma aposta em ações intersetoriais como possibilidade de facilitar esse processo de inserção social e produção de autonomia? Seria o fortalecimento dos espaços de participação popular, como assembléias de usuários e conselhos gestores em seus diferentes níveis? A ampliação da RAPS?

Entre outras ações e pensando no atual momento que vivemos onde emergem os valores fascistas entranhados em parte de nossa sociedade, há que se manter vivo o Movimento da Luta Antimanicomial e fomentar a participação cada vez mais ativa e esclarecida dos diversos setores da sociedade em defesa da vida. Não há um modelo único para cuidar em saúde mental e é necessário garantir os espaços onde possam ser repensadas as estratégias e ferramentas a serem utilizadas, garantindo, inclusive, a análise dos atuais modelos vigentes.

Os usuários pedem por participação, pedem por apoio às suas demandas e suas apostas. Coloca-se este desafio principal: Garantir a voz e o protagonismo às pessoas com sofrimento mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**. Rio de Janeiro:UFRJ. V.1, n.39, p.133-144, jan.-abr. 2013.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999, P47-53

AMARANTE, P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998, p. 21-50

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

ASSIS, J.T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.52, p.89-113, out.2014.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Revista Interface**. Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.) **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2012, p.52-75

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de novembro de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 28 nov. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 maio 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 mar. 2015

CAMPOS, R.T.O., CAMPOS, G.W. Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS et al (org) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2a. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p.719-738

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 176 p. (55-77).

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C.; Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.971-979, 2011.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. (Org.) **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ - Abrasco, 2001. p.113-26.

CERQUEIRA, P. et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In. GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E(orgs.) **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p.25-42

COHN, A. Atentado contra o SUS: a privatização da coisa pública. In: Em defesa do SUS universal e igualitário. **Le monde diplomatique** – dez.2015. disponível em: http://www.diplomatique.org.br/upload/encartes/encarte_SUS_12_2015.pdf
acessado em 15/09/16.

COSTA, D.F.C.; PAULON, S.M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.572-582, out/dez 2012.

DELEUZE, G. Filosofia. In: **Conversações**. 2ª.ed. São Paulo: Ed.34, 2010, p.155-210

DELEUZE, G. A duração como dado imediato. In: Bergsonismo. 1ª. Ed. São Paulo: Ed.34, 2008, p. 27-38.

DELEUZE, G, GUATTARI, F, Introdução: Rizoma, In: **Mil Platôs Vol I - Capitalismo e Esquizofrenia**. 1ª. Ed. São Paulo: Ed.34, 2000, p. 10-36.

FERRO, L.F. et al Grupo de Convivência em Saúde Mental: perspectivas de usuários e a experiência do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.23, n.2, p.146-152, maio/ago, 2012.

FEUERWERKER, L.C.M, A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins, J.J. e Rego, S. (org) **Educação Médica: gestão cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011, p.99-113.

FEUERWERKER, L.C.M. A construção de redes de atenção à saúde numa perspectiva cuidadora e com a integralidade como referência. In: **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p.105-117

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: **Microfísica do Poder**. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015, p.190-212

KINOSHITA, R.T., **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2016.

KINOSHITA, R.T. Projeto Terapêutico Singular. In: BÜCHELE, F.; DIMENSTEIS, M.D.B. (orgs) **Alcool e Outras drogas da coerção à coesão – Modulo Recursos e Estratégias do Cuidado**. Florianópolis: UFSC, 2014. Disponível em <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1839?show=full>> Acessado em 14/9/16

LANCETTI, A. Algumas questões sobre o Projeto Terapêutico Singular. In: **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**, 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEMINSKI, P. **Toda Poesia**. 1ª. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

LISPECTOR, C. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1998

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo) In: Teixeira, S.F. (org), **Democracia e Saúde**. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998.

MERHY, E.E. **Observatório Nacional de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**: Avalia quem pede, quem faz e quem usa. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013

MERHY, E.E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 41-66

MERHY, E.E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.52, p 153-164, out.2014

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.) **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2012, p.17-31.

ROCHA, M. et al O usuário Guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um município do Rio de Janeiro. In: GOMES, M.P.C. e MERHY, E.E. (orgs.) **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 105-34.

ROTELLI, F.; LEONARDIS,O.; MAURI,D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO,F (org) **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990, p. 17-59

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES E GESTORES

Caro(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“A Produção do cuidado nos espaços intercessores: um olhar para a Rede de Atenção Psicossocial”**.

Este estudo tem o objetivo de analisar a produção do cuidado em Saúde Mental nos encontros entre usuários-trabalhadores-serviços da Rede de Atenção Psicossocial e nas redes fabricadas pelos usuários em busca de solução para as suas necessidades de saúde. Informo ainda que esta pesquisa está ligada à pesquisa nacional intitulada “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa” Sob coordenação do Prof. Emerson Merhy da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Para tanto serão necessárias entrevistas com trabalhadores, gestores e usuários dos serviços e a realização de oficinas com os trabalhadores com possibilidade de gravação de áudio, bem como a elaboração de um diário de campo pelo pesquisador a fim de tomar nota dos principais acontecimentos. Estas informações não serão utilizadas para fins comerciais.

Os riscos para você, sua saúde e integridade física e moral são mínimos relativos à quebra de confidencialidade. Sua participação é importante para o aumento do conhecimento da produção do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, a qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha

decisão se assim o desejar. Também sei que, caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora **HELOISA ELAINE DOS SANTOS** ou a orientadora da pesquisa Prof. **MARÍLIA CRISTINA PRADO LOUVISON** além dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo ou da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro nos contatos informados abaixo:

HELOISA ELAINE DOS SANTOS – Pesquisadora: telefone (11) 98217-2572 ou pelo e-mail helopsico@usp.br;

MARILIA CRISTINA PRADO LOUVISON – Orientadora da pesquisa: telefone (11) 3061-7718 ou pelo e-mail mariliacpl@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP., pelo telefone: (11) 3061-7716 ou através do e-mail: coep@fsp.usp.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - pelos telefones (21) 2562-2480 e 2562-2481 ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, _____ de _____ de 2015

Nome do participante

Assinatura

Nome da pesquisadora

Assinatura

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DOS SERVIÇOS

Titulo do Projeto: A Produção do cuidado nos espaços intercessores: um olhar para a Rede de Atenção Psicossocial.

Pesquisadora responsável: Heloisa Elaine dos Santos

Caro(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa “**A Produção do cuidado nos espaços intercessores: um olhar para a Rede de Atenção Psicossocial**”, que tem o objetivo de analisar a produção do cuidado em Saúde Mental nos encontros entre usuários-trabalhadores-serviços da Rede de Atenção Psicossocial e nas redes fabricadas pelos usuários em busca de solução para as suas necessidades de saúde.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem que acarrete qualquer penalidade ou perda de benefícios. Sua identidade será mantida em segredo e nenhum material que indique a sua participação será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição onde a mesma se realiza. Os riscos para você, sua saúde e integridade física e moral são mínimos, relativos à quebra de confidencialidade. Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais, sua identidade, e ainda, indenizá-lo, se sofrer algum prejuízo físico ou moral em decorrência do mesmo.

No caso de aceitar fazer parte da mesma, você responderá a uma entrevista individual e/ou em grupo, que será gravada (áudio), caso você (s) autorize(m). As entrevistas poderão ser realizadas nos serviços de saúde e/ou em outros espaços previamente combinados e autorizados, como residência, parques e outros espaços públicos. A sua participação será de grande valor para o conhecimento acerca do cuidado em saúde realizado no SUS.

Assim, se está claro para o senhor(a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que assine este documento, sendo que ficará com uma via do mesmo.

Eu, Heloisa Elaine dos Santos, coloco-me à disposição nos telefones (11) 98217-2572 ou pelo email helopsico@usp.br para quaisquer esclarecimentos relacionados ao projeto de pesquisa e caso haja dúvidas ou notificações de acontecimentos não previstos quanto aos aspectos éticos do projeto de pesquisa, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP, pelo telefone (11) 3061-7779 ou pelo email: coep@fsp.usp.br.

Loca e Data

São Paulo, ____/____/____

Nome do sujeito ou responsável legal: _____

Assinatura: _____

Eu, Heloisa Elaine dos Santos, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Assinatura: _____

Heloisa Elaine dos Santos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4764415810053235>

Última atualização do currículo em 18/03/2016

Psicóloga Especialista em Saúde da Família e Psicologia Hospitalar. Atualmente é psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Prefeitura Municipal de Diadema. Tem experiência na área de Saúde Coletiva atuando principalmente nos seguintes temas: hiv, saúde da família, residência multiprofissional, e.d.a.o. e hospitalização. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Heloisa Elaine dos Santos
Nome em citações bibliográficas	SANTOS, H. E.; SANTOS, HELOÍSA ELAINE DOS; SANTOS, HELOÍSA ELAINE DOS

Endereço

Endereço Profissional	Prefeitura Municipal de Diadema, Secretaria Municipal de Saúde. Av. Antonio Piranga, 655 Centro 09911-160 - Diadema, SP - Brasil Telefone: (0011) 40436100
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2014	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Orientador: Marília Cristina Prado Louvison.
2005 - 2007	Especialização - Residência médica. Faculdades Santa Marcelina, FASM, Brasil. Residência médica em: Residência Multiprofissional em Saúde da Família Número do registro: . Bolsista do(a): Ministério da Saúde, MS, Brasil. Grande área: Ciências da Saúde
2003 - 2004	Especialização em Aprimoramento/Especialização Psicologia Hospitalar. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Investigação da Imagem Corporal em Pacientes com HIV/AIDS internados em enfermaria em Hospital Geral a Partir da Auto-Avaliação do Paciente. Orientador: Nivaldo de Oliveira Santos. Bolsista do(a): 1 Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, Brasil.
1998 - 2002	Graduação em PSICOLOGIA. Universidade Cruzeiro do Sul, UNICSUL, Brasil.

Formação Complementar

2011 - 2012	Extensão universitária em Extensão em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Brasil.
2008 - 2008	Extensão universitária em Atendimento em Situações de Abuso Sexual. (Carga horária: 120h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Marília Cristina Prado Louvison

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4532645395293280>
Última atualização do currículo em 13/02/2016

Possui graduação em Medicina (1985) e residência em Medicina Preventiva e Social pela Escola Paulista de Medicina (1987), mestrado (2006) e doutorado (2011) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e presidente da Associação Paulista de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Política, Planejamento e Gestão, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas e envelhecimento; avaliação e epidemiologia de serviços; regionalização e regulação das redes de atenção. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Marília Cristina Prado Louvison
Nome em citações bibliográficas	LOUVISON, M. C. P.; Louvison, Marília Cristina Prado; LOUVISON, MARILIA; LOUVISON, MARILIA C. P.

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática em Saúde Pública. Av Dr Arnaldo 715 Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617718 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2006 - 2011	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil. Título: Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras, Ano de obtenção: 2012. Orientador: Maria Lúcia Lebrão.
2004 - 2006	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde pela população idosa do município de São Paulo, Ano de Obtenção: 2006. Orientador: Maria Lúcia Lebrão. Palavras-chave: epidemiologia de serviços de saúde; desigualdades em saúde; modelo de atenção em saúde do idoso.
1986 - 1987	Especialização - Residência médica. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil. Residência médica em: Medicina Preventiva e Social Número do registro: .
1980 - 1985	Graduação em Medicina. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil.
1977 - 1979	Ensino Médio (2º grau). Escola Estadual de Segundo Grau de São Paulo, EESGSP, Brasil.
1969 - 1976	Ensino Fundamental (1º grau). Externato Nossa Senhora Menina, ENSM, Brasil.

Formação Complementar

2011 - 2012	Especialização em Processos Educacionais. (Carga horária: 440h). Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sirio Libanes, IEP/HSL, Brasil.
2011 - 2012	Gerencia em Salud para Personas Mayores. (Carga horária: 312h). Organização Panamericana de Saúde, OPAS, Estados Unidos.
2011 - 2012	Curso Avançado de Avaliação de Tecnologia em Saúde. (Carga horária: 250h). Hospital Alemão Oswaldo Cruz, HAOC, Brasil.