

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CRISTHIAN RICARDO SCHIECK

**NARRATIVAS (D)E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: POR UMA CLÍNICA
POLÍTICA**

SÃO PAULO

2021

CRISTHIAN RICARDO SCHIECK

**NARRATIVAS (D)E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: POR UMA CLÍNICA
POLÍTICA**

SÃO PAULO

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data ___/___/___

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Schieck, Cristhian Ricardo

Narrativas (d)e cuidado em saúde mental: por uma clínica política /
Cristhian Ricardo Schieck. São Paulo, 2021.
80 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Área de concentração: Cuidado em Saúde.

1. Cotidiano. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Desinstitucionalização. 4.
Saúde Mental. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.
Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Cristhian Ricardo Schieck

Título: Narrativas (d)e Cuidado em Saúde Mental: por uma clínica política

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico esse trabalho à luta das pessoas com sofrimento psíquico por cuidado antimanicomial. A liberdade é terapêutica!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente às pessoas que compõem o cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial onde trabalho hoje e dos demais por onde passei: usuários, familiares e trabalhadores. Sem vocês essas reflexões não seriam possíveis. É através do nosso encontro que aprendo e me inquieto cotidianamente na luta por um mundo menos desigual.

Agradeço à Prof^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira pela oportunidade de realizar essa pesquisa e pela confiança em meu trabalho, permitindo criar um trabalho com afeto e sentido.

Agradeço também à Prof. Ana Luisa Aranha e Silva e Prof^a. Sônia Barros por abrirem as portas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Vocês três são essenciais em meu processo como profissional no campo da saúde mental!

Agradeço à Taísa Gomes Ferreira (*in memoriam*) por ter me ensinado tanto sobre o compromisso ético e social da pesquisa, bem como sobre o quanto o repetir é parte do processo de criar e seguir.

Agradeço à Ana Godoy por me dar a mão na aventura que é escrever.

Agradeço à Maria Isabel Garcez Ghirardi pelas trocas sobre a Terapia Ocupacional e a vida.

Agradeço à Regina Favre, Caroline Lucas de Moraes e Valdir Pierote pelas tantas camadas formadas nas vivências do Laboratório do Processo Formativo.

Agradeço ao Áquilas Mendes e ao Leonardo Carnut pelos aprendizados na luta pela educação crítica adquiridos no Coletivo Formação É Política.

Agradeço a todas as pessoas que encontrei em meu percurso e que somaram ao meu processo formativo. A educação transforma!

Agradeço à minha família, sobretudo à minha mãe e ao meu pai, que sempre me permitiram ir atrás dos meus desejos com ética, afeto e simplicidade.

Agradeço às minhas amigas e aos meus amigos do peito. Pessoas mais que especiais na minha construção enquanto sujeito. Que bom poder contar com essa rede quente e diversa!

SCHIECK, CR. **Narrativas (d)e cuidado em saúde mental: por uma clínica política.** Dissertação (Mestrado em Ciências – Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

RESUMO

No Brasil, assim como em tantos outros países do Ocidente, até meados do século passado, a história do atendimento em saúde mental coincide com a história da psiquiatria praticada em instituições totais e pautada pelo modelo médico de atenção, tratando a doença mais do que o sujeito e seu sofrimento. A mudança do modelo de atenção à saúde mental brasileiro iniciou na década de 1980 com propostas de serviços territoriais e essa transição ocorreu lentamente: somente na década de 1990 foi iniciado o investimento gradativo em dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inaugurando um novo paradigma de assistência em saúde mental no Brasil. A presente pesquisa tem como objetivo apresentar narrativas construídas a partir da experiência profissional do pesquisador em seu percurso enquanto trabalhador no campo da saúde mental. Trata-se de uma pesquisa ação - qualitativa, de caráter exploratório e que faz uso de narrativas como ferramenta metodológica, visando imprimir no texto a presença e as vivências a partir da experiência do pesquisador como trabalhador da rede de saúde mental pública na produção de cuidados em saúde mental. Para guiar este estudo, temos as seguintes questões norteadoras: Como se dá a produção de cuidado no cotidiano de um serviço de saúde mental hoje? O que emerge em narrativas a partir da experiência de um trabalhador do campo da saúde mental? Quais as ferramentas teórico-conceituais que fundamentam as práticas / experiência no cotidiano de um trabalhador do campo da saúde mental? Este estudo tem como referencial teórico as discussões sobre cotidiano elaboradas por Agnes Heller. O presente estudo justifica-se pelo atual contexto sociopolítico neofascista vivenciado no Brasil, no qual inúmeras políticas sociais estão sendo retiradas da população brasileira. Nesse contexto, há a necessidade da discussão da Atenção Psicossocial enquanto prática de cuidado em saúde mental junto dos modos e formas de cuidado presentes neste cenário e a sua relação com o tempo.

Palavras-chave: Cotidiano. Serviços de Saúde Mental. Desinstitucionalização. Saúde Mental.

SCHIECK, CR. **Narratives (of) and mental health care:** for a political clinic. Dissertation (Master of Science - Health Care) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

ABSTRACT

In Brazil, as in so many other Western countries, until the middle of the last century, the history of mental health care coincided with the history of psychiatry practiced in total institutions and guided by the medical model of care, treating the disease more than the subject and their suffering. The change in the Brazilian mental health care model began in the 1980s with proposals for territorial services. This transition took place slowly and it was only in the 1990s that the gradual investment in substitutive devices for psychiatric hospitals began - Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS), thus inaugurating a new mental health care paradigm in Brazil. This work aims to present narratives constructed from the author's professional experience during his career as a mental health worker. It is considered "action research" - qualitative, exploratory, and uses narratives as a methodological tool, aiming to print out the presence and experiences from the author's experience as a worker in the public mental health network in the production of care in mental health. To guide this study, we have the following questions: How does the production of care take place in the daily life of a mental health worker today? What emerges in narratives from the experience of a mental health worker? What are the theoretical-conceptual tools that underlie the daily practices/experience of a mental health worker? This study has, as a theoretical reference, the discussions about everyday life contained in the work of Agnes Heller. The present study is justified by the current neofascist socio-political context experienced in Brazil, where numerous social policies are being withdrawn from the Brazilian population. In this context, there is a need to discuss Psychosocial Care as a mental health care practice along with the modes and forms of care present in this scenario and its relationship with time.

Keywords: Daily life. Mental health services. Deinstitutionalization. Mental health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Política nacional de saúde mental e análise de conjuntura	12
1.2	Experiência e loucura	14
2	JUSTIFICATIVA	16
2.1	Teoria do Cotidiano - Agnes Heller	16
2.2	Objetivo Geral	18
2.3	Objetivos Específicos	18
3	METODOLOGIA	19
4	FRAGMENTOS DO COTIDIANO	22
4.1	As vidas do outro lado da ponte...	23
	<i>Jaguaré</i>	24
	<i>Entre o lado de cá e o lado de lá</i>	29
	<i>A reunião</i>	29
	<i>A geografia e suas linhas</i>	30
4.2	Oito anos, uma mulher e uma calçada...	35
4.3	O arriscar	49
4.4	O começo de uma longa história...	58
4.5	Bordas	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em tantos outros países do ocidente até meados do século passado, a história do atendimento em saúde mental coincide com a história da psiquiatria praticada em instituições totais ¹e pautada pelo modelo médico de atenção, tratando a doença mais do que o sujeito e seu sofrimento. O Brasil e outros países, no decorrer da história, experimentaram a psiquiatria tradicional como única forma de cuidado ao sofrimento psíquico, sendo aquela representada por práticas pautadas pelo “poder médico” e por um modelo de cuidado “totalitário”, ou seja, que acontece em instituições totais como os hospitais psiquiátricos, caracterizando-se pelo viés biologicista, excludente, estigmatizante e alienante, que considera a doença e desconsidera as pessoas. Foi nessa perspectiva que se deu o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico até a década de 1970 (BASAGLIA, 1985; GOFFMAN, 2003; HIRDES, 2009). Durante esse período, o Brasil seguia forte tradição higienista, legitimada pelo Decreto nº 24.559 de 1934, que continha narrativa racista, xenofóbica e eugenista, desrespeitando amplamente a Declaração de Direitos Humanos (ONU, 1948). Esse modelo se manteve sem ser questionado, como dito anteriormente, até a década de 1970, quando trabalhadores – influenciados pelas experiências europeia e norte-americana de reforma do sistema de assistência psiquiátrica, assim como pela Reforma Sanitária Brasileira – denunciaram hospitais psiquiátricos por maus-tratos, superlotação, péssimas condições de higiene e alimentação. Destacam-se o crescente e efervescente momento em que a sociedade brasileira se encontrava, tratando-se de um período marcado na história do Brasil pelos movimentos sociais organizados, pela sociedade civil organizada em luta pelo fim da ditadura e posteriormente em disputa pela garantia de direitos básicos, melhores condições de vida e trabalho (PITTA, 1996; BARROS, 2001; HIRDES, 2009).

O início da transição entre o modelo de atenção pautado pelo modelo médico-psiquiátrico e o modelo de saúde mental teve início na década de 1980 com propostas de serviços territoriais que fossem substitutos aos hospitais psiquiátricos, surgindo assim as primeiras experiências psicossociais exitosas em diferentes regiões do país

¹Uma instituição total pode ser como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. As prisões servem como exemplo claro disso, desde que consideremos que o aspecto característico das prisões pode ser encontrado em instituições cujos participantes não se comportaram de forma ilegal (GOFFMAN, 2003).

e particularmente no Estado de São Paulo. Essa transição ocorreu lentamente, tendo se iniciado na década de 1990 com o investimento gradativo em dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, implementados nos territórios e dentre outros, o nome de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), inaugurando um novo paradigma de assistência em saúde mental no Brasil (PITTA, 1996). Até o ano de 2001, o decreto 24.559 de 3 de julho de 1934 guiou legalmente todas as internações psiquiátricas no Brasil. Apenas em 2001 foi possível ter uma lei que garantisse os direitos civis, sociais e humanos da pessoa com transtorno mental: a lei 10.216 (BRASIL, 2001). A partir da lei, amplia-se o olhar sobre os modos de cuidar em saúde mental e esse então novo paradigma, denominado como atenção psicossocial, passa a expandir-se, promovendo o cuidado em liberdade, com foco nas relações que o sujeito estabelece consigo e com a comunidade, como também autonomia, cidadania e inclusão social. Portanto, além do viés biológico, considera a dimensão econômico-social e psíquica como determinantes de saúde mental (ALVES, 2010; HIRDES, 2009; LEÃO, 2012; GHIRARDI, 2012; DIMENSTEIN, 2015).

O modo de cuidar que considera aspectos como moradia, trabalho/renda e a possibilidade de estabelecer trocas sociais no mundo – oriundos da Reabilitação Psicossocial passa a tornar-se predominante em 2002, quando o número de serviços substitutivos superou o número de leitos em hospitais psiquiátricos, sendo estes últimos reduzidos por meio de uma política de fechamento de leitos gradual e de redirecionamento do financiamento para os serviços comunitários de atenção à saúde mental – uma importante etapa do processo desinstitucionalização². (ROTELLI, 1990; SARACENO, 1999 BRASIL, 2002; BRASIL, 2003; BRASIL, 2015)

Em 2002, outra importante lei foi sancionada, a qual institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo de cuidado psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico persistente em todo o território nacional e a lei que garante a redução progressiva do fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

² Para Rotelli (1990), a Desinstitucionalização “tende a ser um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar a relação de poder entre as instituições e os pacientes, que tende a produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente as internações em hospitais psiquiátricos e que nasçam da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.”

1.1 Política Nacional de Saúde Mental e análise de conjuntura

Em seu corpo, a lei 10.216 garante e apresenta os direitos da pessoa com transtorno mental, ou seja, o direito ao cuidado em saúde mental em liberdade – compreendendo a internação como último recurso no cuidado em saúde mental, utilizado apenas quando se esgotarem os recursos extra hospitalares. A Lei, também, responsabiliza o Estado pela criação de uma Política Nacional de Saúde Mental, para promoção de ações e assistência em saúde das pessoas com transtorno mental, em serviços de base territorial, junto da sociedade e da família (BRASIL, 2001; SALLES, 2011; RIBEIRO, 2013; MARTINHAGO, 2015; DIMENSTEIN, 2010).

Em decorrência de normatizações fundamentadas na Reforma Psiquiátrica brasileira, que constituíram os marcos da Política de Saúde Mental, foi possível fechar grande parte dos hospitais psiquiátricos e, ao longo dos últimos 40 anos – principalmente após a aprovação da lei 10.216, substituí-los pelos dispositivos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O orçamento também foi modificado, na medida em que o modelo de assistência era substituído. Em 2002, havia no Brasil 51.393 leitos em hospitais psiquiátricos em todo o território nacional e um repasse para essas instituições de 75,24% do orçamento previsto para a saúde mental. No ano de 2014, o número de leitos em hospitais psiquiátricos foi reduzido para 25.988, representando 20,61% do orçamento para a saúde mental, cujo restante foi repassado para a Rede de Atenção Psicossocial - 79,39% dos recursos totais (BRASIL, 2003; BRASIL, 2015).

Desta maneira, observa-se que foi a partir da Lei 10.216 de 2001, que o modelo de atenção psicossocial ganhou forças, vinculadas às estratégias de desinstitucionalização como o Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) e o Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003; BRASIL, 2011). Diversas outras leis e portarias somaram-se à construção da Política Nacional de Saúde Mental, onde em 2011 reconheceu-se que todas as pessoas possuem algum grau de sofrimento psíquico e que o cuidado de saúde mental precisa acontecer em rede, em diferentes pontos de atenção, ou seja, através da construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede constitui-se por 07 eixos: I) Atenção Básica; II) Atenção Psicossocial Especializada; III) Atenção de Urgência e Emergência; IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; V) Atenção Hospitalar;

VI) Estratégias de Desinstitucionalização e VII) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011; BARROS, 2011; LUSSI, 2011).

Portanto, entende-se que a Lei 10.216 é um marco normativo-jurídico, a partir do qual é possível construir uma linha do tempo do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental até abril de 2016, data em que se efetivou outro projeto de governabilidade das políticas públicas e da política social no país. Portanto, trata-se de um divisor de águas também para a Política Nacional de Saúde Mental, uma vez que se passou a experimentar um momento de desconstrução. Por meio da Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, alterou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reinserindo o hospital psiquiátrico como local para o cuidado de pessoas diagnosticadas com transtorno mental, reiterando o paradigma totalitário/asilar/manicomial como forma de “cuidado”. Também vale destacar que nessa mesma nota, os dispositivos “ambulatório especializado”, “hospital-dia” voltam a fazer parte da RAPS, mesmo com inúmeros estudos que questionam a lógica de cuidado limitada presente nessas instituições, onde se impera o saber/poder único da psiquiatria e em que as práticas são organizadas a partir da doença e não do sujeito com sofrimento psíquico agravado. (BARROS, 2001; GOFFMAN, 2003; SEVERO, 2011; GUIMARÃES, 2019).

No campo de Álcool e Outras Drogas, sobretudo na última década, vivenciou-se outro importante retrocesso contrário à perspectiva das novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas: a inclusão das Comunidades Terapêuticas³ na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴ e o retorno das internações involuntárias e compulsórias, de longos períodos – retirando essas pessoas do tecido social, da possibilidade de decisão sobre sua própria vida e da possibilidade de ser enxergado enquanto cidadão. (PINHO, 2013; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Com base nesse panorama histórico da Política Nacional de Saúde Mental e seu grave processo de desmonte, que há uma década tem incorporado propostas de

³ As comunidades terapêuticas (CTs) são uma modalidade de intervenção clínica asilar voltada para atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas pautadas pela premissa da abstinência. A administração das comunidades terapêuticas no Brasil é ligada a movimentos religiosos e, portanto, têm-se o pilar da espiritualidade junto com os da disciplina e do trabalho moral como bases do modelo de cuidado vigentes (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

⁴ Rede de Atenção Psicossocial tem a finalidade da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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) (BRASIL, 2011).

cuidado contrárias às práticas de atenção psicossocial, destaca-se a importância deste trabalho como possibilidade de mapear, refletir e discutir o cuidado em saúde mental neste momento sócio-político crítico, caracterizado pelo neofascismo que tende a agravar a saúde mental da população (GUIMARÃES; ROSA, 2019; MENDES; CARNUT, 2020).

1.2 Experiência e loucura

Escrever sobre experiência remete à singularidade, às diferentes formas ou modos de sentir, constituir e significar a vida. Experimentar é arriscar-se, viver o novo, o diferente (BONDÍA, 2002). É a partir do momento em que a pessoa que recebe um diagnóstico de transtorno mental passa a vivenciar uma experiência peculiar, de outro modo. Experimenta um fato marcante em sua vida e na vida das pessoas que lhe rodeiam, que acompanham o processo de intensificação do sofrimento psíquico. Receber um diagnóstico de transtorno mental desencadeia mudanças bruscas no cotidiano das pessoas. Experimentam-se, em conjunto, diferentes rupturas expressas nas relações com o mundo (sociais, familiares, de trabalho, entre outras...) e do fazer humano, sejam elas atividades de vida diária, de lazer ou de trabalho; aspectos que compõem o cotidiano e produzirão ou não diferentes inserções na sociedade. (SALLES, 2016; LEÃO, 2008) Vale ressaltar que o estigma compõe o cotidiano das pessoas diagnosticadas com transtorno mental e o quanto o estigma está associado à circulação dessas subjetividades, de diferentes modos de ser e estar no tecido social, pondo em xeque as situações de exclusão social para com as diferenças (GOFFMAN 1988; SANTOS, 2016). O território, para além de uma delimitação geográfica, compõe e produz, processualmente, a subjetividade das pessoas que ali circulam, formando diferentes cotidianidades. O território é onde a cena cotidiana acontece, onde se estabelecem relações com o espaço, com as pessoas que nele vivem, seus interesses e conflitos. São histórias de vida entrelaçadas a algo maior, a história elucidada em determinado ambiente (espaço), naquele momento histórico (tempo) e tudo aquilo que o compõem (SANTOS, 2011; MATSUKURA, 2017).

Pensar a experiência é olhar para algo que acontece na dimensão singular, com um sujeito onde seja possível, diferenciação diante de um mesmo acontecimento. Ou seja, a compreensão de que a partir de um mesmo acontecimento para uma pessoa, duas ou um coletivo, o acontecimento será experimentado de uma maneira

por cada pessoa e ainda, que ele produzirá, irá agir, reverberar naquela única pessoa de formas diversas. A experiência age sobre o sujeito e o sujeito da experiência sofre-a, transforma-se neste processo. A experiência pode ser compreendida como o arriscar-se, o jogar-se ao léu, o caminhar sem ter um objetivo de onde se quer chegar antecipadamente. Viver uma experiência pode ser entendido como permitir-se sentir a travessia, o perigo, colocar-se à prova, permitir afetar-se pelo acontecimento. Uma experiência pode ser considerada uma passagem a partir do encontro da existência humana com o acontecimento, onde o valor central não está atrelado à razão, mas sim a estar aberto ao que virá, ainda que não se saiba sobre os desdobramentos possíveis (BONDÍA, 2002; LIMA, 2012; GRUSKA, 2015; GODINHO, 2019).

Permitir-se ser um sujeito da experiência é também renunciar ao conceito de sujeito moderno, caracterizado pela necessidade intensa de informação, opinião, trabalho e em um ritmo extremamente acelerado regido pelo modo de produção capitalista (CARDOSO, 2006). O sujeito moderno e suas características colocam-no em lugar de oposição ao sujeito aberto à experiência. É preciso tempo, é preciso escuta, é preciso abertura, é preciso desejo de estar, é preciso mistura, é preciso perder-se, entre muitas outras coisas, para permitir que a experiência nos aconteça. É preciso olhar para a relação com o tempo e dar-se tempo frente aos acontecimentos. No dispositivo CAPS, a experiência e o tempo convocam usuários, trabalhadores, familiares e comunidade a todo o momento e, portanto, este estudo terá em consideração a experiência em sua relação com o tempo (PELBART, 1993; BONDÍA, 2002; LIMA, 2012; DALTRO, 2019).

Para guiar este estudo, temos as seguintes questões norteadoras: Como se dá a produção de cuidado no cotidiano de um serviço de saúde mental? O que emerge em narrativas a partir da experiência de um trabalhador do campo da saúde mental? Quais as ferramentas teórico-conceituais que fundamentam as práticas / experiência no cotidiano de um trabalhador do campo da saúde mental?

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pelo atual contexto sociopolítico vivenciado no Brasil, onde inúmeros direitos estão sendo retirados da população brasileira. Nessa perspectiva, encontra-se ameaçado o acesso à Saúde, sobretudo à Saúde Mental Coletiva; um dever do Estado, conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e em constante disputa (BRASIL, 1988). Nesse contexto, há a necessidade da reafirmação da Atenção Psicossocial enquanto prática de cuidado em saúde mental e colocar em discussão os modos e formas de cuidado presentes neste cenário e a sua relação com o tempo. O presente estudo tem como referencial teórico a obra de Agnes Heller sobre o cotidiano, que será apresentada no item seguinte.

2.1 Teoria do Cotidiano - Agnes Heller

Agnes Heller foi uma Filósofa húngara, nascida em Budapeste no ano 1929 e que ao longo de seu percurso formativo foi aluna e posteriormente colaboradora de Geog Lukács em seus estudos acerca da Ontologia do Ser Social pela Escola de Budapeste. As discussões centrais da obra de Heller perpassam pelas relações entre a ética e a vida social. Aqui, neste trabalho, destacamos os estudos de Agnes Heller acerca da Vida Cotidiana por meio de sua obra “O Cotidiano e a História”, cuja 7ª edição foi publicada no Brasil em 2004 pela editora Paz e Terra. Farei uso desta obra, pois a palavra “cotidiano” e “atividades cotidianas” têm sido importantes descritores de pesquisas no campo da Terapia Ocupacional e também enquanto conceito nas reflexões em estudos e práticas desta profissão (SALLES, 2013; GALHEIGO, 2020).

Para Heller (2004), “a vida cotidiana é a vida de todo homem”, pois “em toda sociedade há uma vida cotidiana e todo homem, seja qual for seu lugar ocupado na divisão social do trabalho, tem vida cotidiana”. A autora enfatiza que, independentemente da situação econômico-social ocupada, cada pessoa possui vida cotidiana. A pensadora ao fazer a articulação entre indivíduo, sociedade e história, ressalta que todo indivíduo existe em um momento histórico e vive em uma realidade social permeada por relações e, portanto, inscritas na construção da história. Ou seja, “a vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer histórico” (HELLER, 2004).

Heller (2004) nos faz refletir sobre a vida cotidiana ser em alguma medida particular e em outra, genérica. Particular, pois possui um arranjo único para cada pessoa e genérica, pois há uma dimensão que é comum enquanto estrutura genérica no social – que atravessa a sociedade por um todo e a cada um que dela pertence. Também se pode fazer um paradoxo envolvendo a dimensão particular, a qual representa o que acontece na micropolítica, no menor, no individual, próximo e de um modo para cada um, diferenciando-se pelos aspectos da cultura, da subjetividade e da história que compõem cada indivíduo ou comunidade. Em contraponto, o conceito de genérico pode ser associado à ideia de macropolítica, àquilo que existe em uma dimensão maior e mais distante da vida singular do sujeito, ainda que atravesse e coexista com essa; o que é genérico ou macropolítico distancia-se da nossa “governabilidade”, ao mesmo passo que engloba a alguns, produzindo um comum entre diferentes (DELEUZE, 1997).

De forma prática, podemos pensar na Política Nacional de Saúde Mental como algo que rege e orienta o cuidado em saúde mental em um nível mais genérico, em todo o território nacional. Em consonância, podemos pensar no cuidado que acontece no ato, seja experimentado pelo trabalhador, usuário ou familiar de um determinado serviço de saúde mental, de uma determinada cidade ou território - em um nível mais particular, um modo e uma forma de cuidado que só acontece naquele ambiente, naquele momento da história e com aquelas pessoas inseridas. Se modificarmos qualquer uma dessas partes, a experiência ou atividade (cotidiana) se dará de forma diferente (BRASIL, 2001; HELLER, 2004).

Um conjunto de atividades e esferas que compõem e estruturam a experiência cotidiana caracteriza-se por ser heterogênea e também hierárquica. Heterogênea, uma vez que acontece de forma e modo diferente para cada pessoa, tanto ao que tange ao conteúdo, quanto ao significado atribuído por cada sujeito às suas atividades cotidianas. A ideia de uma organização hierárquica perpassa o fato de que ao atribuímos diferentes valores e significados, os atribuímos também dentro de uma hierarquia estruturada a partir do regime socioeconômico vigente e à atribuição de valor para determinada atividade pelo sujeito e comunidade naquele momento da história (HELLER, 2004).

É necessário reiterar que toda experiência cotidiana acontece inserida em um tempo e em um determinado contexto, geralmente baseadas em experiências anteriores e lembradas na história. A ideia trazida por Heller pode articular-se com a

ideia de estarmos em relações, as quais vão sendo construídas em nossas proximidades, em nossa vida cotidiana, de forma individual, mas também de maneira coletiva, em comunidade. Penso que a terapia ocupacional e o conceito de vida cotidiana de Agnes Heller relacionam-se muito bem, sobretudo por esta ser a profissão que mapeia, analisa, discute (e faz junto) o fazer humano, a ação humana. E é a partir desta ação que a relação do indivíduo com a natureza, o agir sobre a natureza, produz modificações que constrói e modifica a vida cotidiana, individual e coletivamente (HELLER, 2004; SALLES, 2013; GALHEIGO, 2020).

2.2 Objetivo geral

Analisar a experiência de um trabalhador em diferentes serviços de saúde mental por meio da construção de narrativas que apresentam situações cotidianas vivenciadas durante o percurso profissional do autor e que produziram marcas.

2.3 Objetivos específicos

1. Apresentar narrativas de um percurso no campo da saúde mental;
2. Analisar as ferramentas utilizadas no cotidiano de trabalho;
3. Problematizar os componentes presentes nas narrativas em questão tendo em vista a articulação entre experiência e produção de cuidado.

3 METODOLOGIA

Foi a partir da experiência cotidiana de trabalho enquanto terapeuta ocupacional em diferentes serviços voltados ao cuidado em saúde mental da população que emergiram estas histórias. Por meio das diferentes vivências experimentadas enquanto profissional de saúde mental e a produção de memórias que marcaram o autor neste percurso, seja em situações complexas ou em momentos em que o afeto transbordou, são estas experiências que compõem o cotidiano de trabalho no campo da saúde mental e que neste trabalho serão apresentadas em formato de narrativas de campo. Inicialmente, foram realizadas anotações do cotidiano de trabalho em cadernos de campo que o autor utilizava como ferramenta para registro do trabalho no CAPS. Posteriormente, voltou-se ao caderno, realizou-se leitura das anotações e produziu-se diferentes textos narrativos que abordassem aspectos corriqueiros no cotidiano de trabalho, elegendo quatro narrativas que o autor considerou que melhor apresentam os acontecimentos transformados em eixos de discussão.

Trata-se de uma pesquisa-ação, qualitativa, de caráter exploratório e que faz uso da narrativa como ferramenta metodológica, visando imprimir em texto a presença e as vivências de um trabalhador da rede de saúde mental pública do município de São Paulo na produção de cuidados. A narrativa enquanto ferramenta metodológica apresenta-se como um modo de elucidar acontecimentos cotidianos em um processo de criação singular, dentre muitos outros modos de apresentar a realidade e de transformá-la em ciência. A pesquisa ação pode ser entendida como uma forma de construção de conhecimento por meio de pesquisa em campo, o qual é também o ambiente de trabalho - ação (concomitante) do pesquisador, possibilitando reflexão e atualização das práticas de cuidado ao ser pesquisador e ator social naquele espaço. (TRIPP, 2005; MINAYO, 2010; POUPART, 2010; ARAÚJO, 2018; DALTRO, 2019).

A opção pela construção de narrativas acerca de memórias vividas em uma trajetória no trabalho cotidiano se dá em razão de sua pertinência ao olhar para o campo da experiência, uma vez que privilegia o cruzamento dos processos singulares e coletivos, respeitando as orientações éticas. Trata-se, portanto, de uma metodologia rica para elucidar aspectos das vivências experimentadas na relação entre trabalhadores, usuários, familiares e comunidade a partir das camadas de experiência adquiridas em diferentes serviços de saúde mental. Diferentes autores apresentam

estudos que discutem a importância do uso de narrativas como ferramenta metodológica, dentre estes, apresentam a aplicabilidade no campo da saúde como Ayres (2005) nos apresenta por meio da hermenêutica aplicada às práticas em saúde, Onocko-Campos et al (2013) que reúne três perspectivas teóricas diferentes para uso de narrativas no campo da saúde mental e ainda, outros, que discutem a utilização de narrativas no campo da Enfermagem ou por e para profissionais enfermeiros, tal como Silva (2002), Ordaz (2011) e Daltro (2019). O que se apresenta em comum nos estudos supracitados é a riqueza de detalhes e o potencial enquanto ferramenta metodológica para uso e exploração do material no processo de transformá-lo em ciência ao quais as narrativas científicas se propõem (BARROS; PASSOS, 2012).

A produção de narrativas destaca e faz valer a construção do sujeito histórico – aquele que é constituído de modo dialógico, a partir das relações que estabelece com outras subjetividades (com o mundo), em contraponto com a ideia de sujeito metafísico – aquele padrão, que só pode existir de um modo, em uma forma. Hoje, está estória será contada dessa maneira, destacando esses determinados pontos que tem sentido e relevância para o autor, como também para o campo da saúde mental, na percepção do autor que também é profissional do Campo. Nesta perspectiva, trata-se de um sujeito processual, relacional, que age e é agido no mundo; que está em relação. Esse sujeito é fruto da variação da própria experiência - ontem foi de um jeito, amanhã será de outro e o hoje ainda está acontecendo (VERSIANI, 2000; ELLIS, 2000; BONDÍA, 2002; BARROS; PASSOS, 2012; ARAÚJO, 2018).

Autores do campo da Antropologia reconhecem como subjetividade dialógica a ênfase dada na presença do Outro na escrita do Eu. Ou seja, a partir da lembrança e das condições históricas em que ocorreu o processo de subjetivação – por meio da trajetória pessoal, as vozes do Outro estão presentes no discurso e, conseqüentemente, na escrita da narrativa na experiência pessoal. Em um paralelo com a cena cotidiana no trabalho em serviços de saúde mental, é neste campo que se experimentam as situações mais inusitadas na construção diária de diferentes modos de cuidado (VERSIANI, 2000; DALTRO, 2019).

É a partir da experiência e do que dela emerge, ou seja, das reverberações em forma de diálogo, que se fazem notar os processos relacionais intersubjetivos e dinâmicos implicações com a dimensão sociocultural. Assim, o processo de construção de narrativas rompe com a lógica dicotômica sujeito/objeto, que tende a apresentar um recorte ou um momento pontual experimentado pelo 'objeto',

colocando no centro da questão os processos em que se dão as interações e as identificações culturais, atentando-se para as trajetórias singulares dos indivíduos (ELLIS, 2000; BARROS; PASSOS, 2012; MAGALHÃES, 2018; DALTRO, 2019).

O uso de narrativa como opção metodológica relaciona-se diretamente como metodologia a ser utilizada em pesquisas realizadas por terapeutas ocupacionais, uma vez que a prática da terapia ocupacional se pauta pelo fazer e pela construção de uma atenção que não pode prescindir de estar ao lado do sujeito, numa condição de horizontalidade de fazeres. Portanto, a experiência é dividida e vivenciada por terapeuta e pessoa acompanhada. Nesse sentido, penso haver relação direta entre o processo de construção de narrativas enquanto instrumento de pesquisa e a terapia ocupacional enquanto profissão, pois narrar um acontecimento é a possibilidade de trazer para o campo científico diferentes vozes e vieses de uma experiência em uma determinada cultura ou campo – material de trabalho do profissional Terapeuta Ocupacional (BARROS, 2002; MALFITANO, 2005; MAGALHÃES, 2018; ALMEIDA, 2020).

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa em questão seguirá rigorosamente as resoluções recomendadas pela Plataforma Brasil – resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, aprovadas pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde. A partir da construção de narrativas fictícias pelo autor, não será possível identificar onde a história acontece, nem quem são os sujeitos em questão, mas sim o conteúdo que emergem para discussão no ambiente científico, com possibilidade de contribuir para aprofundamento teórico, como no cenário de prática profissional.

4 FRAGMENTOS DO COTIDIANO

As quatro narrativas apresentadas abaixo foram construídas a partir de vivências experimentadas ao longo do percurso profissional do autor da pesquisa, possibilitando reunir elementos e questionamentos que emergiram ao longo da prática profissional em serviços de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial) no Sistema Único de Saúde do município de São Paulo. Foram construídas cenas que trazem fragmentos de vivências no cotidiano desses serviços, portanto, um cotidiano institucional que levanta pontos de inquietação discutidos no decorrer do trabalho. A região onde acontecem as narrativas é real e foi mantida estrategicamente por ser necessária para elucidar características específicas do território em questão. Já as narrativas são ficcionais e reúnem aspectos de diferentes casos que o autor acompanhou ao longo dos cinco anos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo (TRIPP, 2005).

Optou-se por utilizar narrativas entendendo que ao narrar uma cena, um acontecimento, torna-se possível o acesso às vivências do cotidiano que atravessam usuários, familiares, profissionais e o restante da sociedade enquanto conjunto que existe em um determinado território comum. É, também, uma forma de compartilhar a relação estabelecida entre pesquisador, serviço de saúde mental e demais atores sociais envolvidos, apresentando alguns deslocamentos possíveis nas práticas psicossociais contemporâneas e seus desafios. É no cotidiano do serviço relacional (CAPS) que acontecem encontros de corpos: do corpo institucional, representado na figura dos trabalhadores de serviços territoriais de saúde mental, com o corpo subjetivo que busca acompanhamento e que muitas vezes é reduzido a um “corpo doente”. Corpos são atravessados por diversos acontecimentos e experiências que vão desde a esfera macrossocial até a esfera molecular, no mais íntimo e particular de cada pessoa. É através desse encontro de corpos, reconhecimento da dimensão e das muitas camadas que compõem um corpo, que, enquanto terapeutas, nos fazemos presentes em atos onde é preciso co-corporar, corporificar o fazer processual cotidiano, seus efeitos e deslocamentos na figura de atos de cuidado construídos de maneira compartilhada (LIBERMAN, 2010; FAVRE, 2012).

Por meio das narrativas, foi possível trazer o serviço comunitário de saúde mental para dentro do ambiente acadêmico, tanto quanto levar um pouco do saber acadêmico para dentro do serviço de saúde mental, possibilitando trocas essenciais

na construção de práticas psicossociais críticas para a população. A universidade precisa da sociedade, assim como a sociedade precisa da universidade (pública). Uma está para a outra. Assim, esse trabalho se apresenta também como fruto da inversão de papéis, da possibilidade de deslocar-se entre ser trabalhador e ser pesquisador, possibilitando que um sustentasse o outro nesse desafio que é a pesquisa(ação) (TRIPP, 2005).

Abaixo, seguem as narrativas do encontro com as pessoas que vivem do outro lado da ponte e que fazem acompanhamento em um serviço de saúde mental, dentre elas: Maria, Lurdes e Gemma.

4.1 As vidas do outro lado da ponte...

Fui até o CAPS para seguir direto para uma reunião de matriciamento⁵ com Atenção Básica no território, bem como para discutir os fluxos de encaminhamento e do circuito de cuidado proposto entre Atenção Básica e atenção psicossocial estratégica (atenção especializada - CAPS Adulto). Momento em que acontecem trocas e diálogos. É entre indo até o território que eu me sinto conectado e perto das pessoas que fazem acompanhamento nos serviços públicos de saúde. É possível entender de onde essas pessoas falam, de onde elas vêm, a que pertencem, compreender a dinâmica que se instaura e cogitar porquês. Nosso serviço divide-se em dois grandes territórios, um mais próximo, com ampla circulação de pessoas e com característica mais comercial, e um mais distante, com característica de bairro residencial. Não é somente a distância que se diferencia ao caracterizarmos esses territórios. O território mais distante é também bastante pobre e dispõe de poucos recursos de estrutura e saneamento básico. Hoje, estive em um deles, que pode ser considerado um importante bairro da Zona Oeste de São Paulo, que fica às margens da Marginal e do Rio Pinheiros, onde residem pessoas em condições diversas, sendo uma parte deste uma favela, reconhecida entre outras características, um ambiente com bastante vulnerabilidade socioeconômica – condições precárias de moradia, renda, trabalho, educação, lazer e circulação no acesso à cidade– composições que constroem o quesito “saúde” na vida cotidiana.

⁵Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011).

Pensar um território é pensar sobre os modos de vida de um lugar, as possibilidades de existir fomentadas na relação com aquele espaço geográfico, a produção de subjetividade a partir das forças que ali incidem e que moldam, em alguma medida, os sujeitos circulantes naquela delimitação geográfica. Pensar o território significa refletir sobre diferentes formas de morar, sobre o que caracteriza a população que ali vive, e fazer a conexão da relação entre sujeito e mundo, considerando um “mundo” aquele próprio território. Ele pode ser considerado o mundo de cada sujeito, onde a existência acontece e se relaciona com as coisas e pessoas que ali existem. Quem mora ali, trabalha onde? Quem mora ali, mora de que maneira? Onde estuda quem ali existe? O que faz? Como circula pelas ruas da cidade? Quais as opções de lazer? Que comidas comem?

As autoras Leão e Barros (2012) fazem uso do conceito de território a partir da obra de Milton Santos (2007, 2008) e apresentam o território como sendo composto da relação entre objetos da natureza, geográficos e a sociedade circulante, e em constante transformação. Há uma dinâmica relacional entre a delimitação geográfica e os sujeitos que ali vivem permeados por aspectos socioculturais, de regulações jurídicas, econômicas, políticas e sociais.

Jaguaré

Ao irmos até o bairro do Jaguaré, percebemos a mistura entre a habitação e a indústria, presentes desde a origem do bairro. Casas, apartamentos e barracos compõem a parte residencial, enquanto em outra parte grandes indústrias de diferentes setores também se mantêm alocadas no território, como resquício do antigo Centro Industrial Jaguaré. É neste território que está situada uma das maiores favelas do município de São Paulo, construída ao pé de um morro que abrigava antigas linhas de transporte ferroviário desativadas. No mesmo bairro, existem também apartamentos da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU) ou “predinhos populares do governo”, como também são chamados por algumas pessoas. Entre as diferentes maneiras de habitar o bairro, como serviço de saúde

mental geralmente somos acionados para a parte residencial, sobretudo em casas com menos recursos e estrutura material (ROLNIK, 2020).

Ao chegarmos ao Jaguaré, seja de bicicleta, carro, trem ou, ainda, de ônibus, é possível avistarmos de longe a favela, um aglomerado de casinhas em um alto morro, de frente para o Rio Pinheiros e para o chamado “Centro Expandido de São Paulo”. Ao nos aproximarmos, ruas estreitas e íngremes nos levam até a parte mais alta. Para subir, é possível fazê-lo volteando as tortas ruas do bairro ou subindo as longas e íngremes escadarias que existem no interior da favela. Ao chegarmos, sempre há muitas pessoas circulando pela rua, sobretudo crianças jogando futebol ou brincando de outras maneiras. Empinar pipas é algo que vejo com frequência nas idas ao bairro e viajo para a minha infância, onde pude ser criança que brincava na rua com os amigos da vizinhança. De volta às estreitas ruas do Jaguaré, por elas passa somente um carro por vez, e sempre existem outros tantos estacionados - metade sobre a calçada, metade sobre a rua, para caber naquele pequeno espaço. Os carros tiram “fininho” e precisam diminuir a velocidade, ter calma para passar por essas ruas. Se olharmos para cima, além das pipas sendo empinadas pelas crianças lá longe, vemos bem mais perto uma grande quantidade de fios de luz emaranhados ligando-se aos postes. Nas ruas estreitas, sob os fios emaranhados, circulam, em espaço apertado, cidadãos a pé, em seus carros ou motos. Em alguns carros e casas, é possível ouvir músicas. Algumas pessoas circulam com caixinhas de som, compartilhando a música com as pessoas pelas quais passam. Existem diversos pequenos comércios no Jaguaré – padarias, minimercados, comércio de gás, salões de beleza, barbearias, entre outros. Também há muitas placas indicando igrejas no bairro, em diversos lugares e de diferentes “correntes”. A vista do alto do morro é bonita para quem gosta de admirar a paisagem urbana, pois é possível enxergar o Rio Pinheiros, ainda que bastante poluído e exalando mau cheiro; a Marginal Pinheiros, com suas muitas pistas, onde andam e param, andam e param muitos carros e motos nos demorados engarrafamentos. E atrás deste primeiro plano, prédios que compõem um horizonte urbano sem fim. Algumas pessoas que acompanho residem naquelas vielas apertadas, sem placa ou cujo nome está escrito à mão, no alto da parede da casa. Os números também estão escritos nas próprias casas ou em algum lugar próximo delas. Às vezes, as vielas são indicadas por nomes, em vez de números: “viela fulano de tal, casa 15b”. Quando vamos procurar a casa de alguém que atendemos no CAPS, quase sempre é necessário pedir informação no comércio local,

pois os números são irregulares e há uma organização urbana muito própria dali (ROLNIK, 2020, 06'48”).

As autoras Leão e Barros (2012) discutem em seu trabalho sobre a importância do território ser uma dimensão do cuidado a partir das práticas dos serviços territoriais de saúde mental, pois é onde a vida cotidiana acontece em toda sua complexidade. É onde se estabelecem as relações, a presença ou ausência de redes de suporte, de afeto e que é nesta complexidade do território em que também se encontram uma riqueza de recursos para trabalhadores, usuários, familiares e a comunidade, incluindo os recursos materiais presentes (SARACENO, 1999).

De volta ao bairro, assim como em outros bairros periféricos, em diferentes pontos estão inseridos alguns dispositivos públicos que são resultados de muitas lutas da comunidade junto da associação de moradores do bairro. Dentre os dispositivos há escola, creche, centro de convivência para criança e adolescente e a unidade básica de saúde. É pela via da saúde que acessamos o bairro e a população que ali vive, como trabalhadores do Sistema Único de Saúde fazendo visitas domiciliares, atendimentos circulantes pelo bairro, atenção às situações de crise e idas à reuniões com a unidade de saúde.

No Jaguaré, existem poucas opções de ambiente para lazer. Uma praça ou outra com alguns aparelhos de ginástica. A população local faz uso desses espaços disponíveis e também constrói espaços e momentos de lazer a partir da ausência de estrutura que advém do setor público, como encontros para jogar futebol, encontros na rua ou em algum boteco para tomar uma cerveja, para jogar baralho nas mesinhas fixas que existem em algumas praças e organizar-se em grupo para “dar rolês” no bairro ou em outros bairros. Pensar o lugar do lazer na vida da população é uma tarefa complexa, sobretudo por ela estar associada à atribuição de valor simbólico e monetário. Os modos de desfrutar do lazer são diferentes e estão atrelados aos modos de vida de uma população em um determinado ambiente – uma questão cultural. O modo como desfrutamos dos nossos momentos de lazer atualiza-se no decorrer de uma linearidade temporal, no decorrer da construção de nossas narrativas de vida. Em um determinado momento da vida, desejamos usufruir de uma maneira dos momentos de lazer, diferente de como desejamos usufruir em outro momento. O lazer pode ser considerado uma questão complexa em um bairro periférico, onde se apresenta a necessidade da população criar formas e modos de lazer diante da ausência de recursos oferecidos pelo poder público e da distância (em acesso) das

opções de lazer oferecidas pela região central. Entretanto, a inventividade frente ao lazer parece acontecer, sobretudo, com o público jovem que lá reside. As ruas exalam a juventude, sejam crianças, adolescentes, adultos jovens... Estão sempre em coletivos, em grupos conversando, dividindo momentos, movimentando-se para cima e para baixo, construindo espaços de lazer possíveis (LEÃO, 2012; ROLNIK, 2020, 68'20"). O Jaguaré é um bairro de pessoas jovens, em sua maioria. Trabalhadores assalariados que precisam deslocar-se para outros bairros, espaços, realidades, para trabalhar e se inserirem na população dita economicamente ativa. Um dos trabalhos mais realizados pelas pessoas que atendo no CAPS residentes naquela região ou de seus familiares, sobretudo as mulheres – anteriormente ao adoecimento psíquico – era 'serviços gerais' ou 'auxiliar de limpeza' em grandes empresas deste setor. Nesse serviço de saúde mental tipo "adulto", o maior número de usuárias cadastradas são mulheres (57%), de acordo com a cultura patriarcal presente na construção sócio-histórica do Brasil (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; ROSA; ONOCKO-CAMPOS, 2012). A partir dessa informação, cabe nos perguntarmos como ou por quais fatores isto se dá? Me fiz perguntas desta ordem: se as mulheres estão mais vulneráveis a adoecer psiquicamente pela força da demanda social imposta, se as mulheres buscam mais o acompanhamento em saúde, cuidando-se mais e, portanto, frequentando mais os dispositivos de saúde mental. Refleti ainda sobre as sucessivas violências de uma sociedade patriarcal e racista enquanto grave elemento no adoecimento dessas mulheres e o quanto a relação com seus afetos ou o seu desfecho está presente como causa ou agravo do processo de adoecer psiquicamente (ROSA; ONOCKO-CAMPOS, 2012). Existem diferentes possibilidades que produzem e favorecem o adoecimento psíquico das mulheres na vida cotidiana e, em muitas narrativas do processo de adoecimento, estão presentes não somente uma dessas questões, mas duas, três, quatro... às vezes, todas juntas, em alto grau de intensidade. Outro aspecto que caracteriza a população considerada "grave" é que muitas dessas mulheres precisaram interromper a vida laboral a partir da experiência de sofrimento psíquico, experimentando demissões com justificativas que não são plausíveis, muitas vezes mascarando a real justificativa: o estigma da periculosidade ou ausência de produtividade de pessoas que sofrem psiquicamente, onde patrões entendem não caber o cuidado de alguém, sobretudo o cuidado em saúde mental e ser capaz de trabalhar com autonomia, dedicação, compromisso. Isso torna as pessoas que sofrem psiquicamente, ainda que bastante dedicadas ao seu

acompanhamento e com desejo de se inserir no mercado de trabalho, à mercê de alguém que a forneça renda, não permitindo que ocupe um lugar ativo na sua rede de afetos, que possa fluir suas escolhas na vida a partir dos seus desejos.

Entre os homens que atendo ou familiares das pessoas que atendo, muitos trabalham no comércio local carregando fardos pesados ou em outros trabalhos que exigem do corpo força, energia, trabalhos de caráter braçal, com baixa remuneração; há ainda os que nem sequer acessam um espaço no mercado de trabalho e “dependem” de outras pessoas para sobreviver. Estes homens são pessoas jovens ou adultos jovens que tiveram algum evento na vida que foi disruptivo e, a partir deste, se fez necessário ser acompanhado por um serviço de saúde mental – seja pelas vozes constantemente ouvidas, que dão comando para matar e morrer, seja pela sensação de não ter mais saída para os ‘problemas’ da vida, em que a tentativa de morrer seria uma solução. Às vezes, eles de fato conseguem, às vezes não, e então têm uma nova oportunidade de olhar para aqueles velhos problemas por outros ângulos e também lidar com as sequelas que dão outra forma àqueles corpos. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007)

São diferentes histórias de vida, afetos e modos de lidar com a relação com o mundo que aproximam e às vezes conectam as pessoas que frequentam dispositivos de saúde mental. Em sua grande maioria, a história destes homens que precisaram receber cuidado, homens cuja masculinidade não permite ou aparece como uma característica cultural que produz resistência ao cuidado exige maior proximidade e investimentos da equipe e dos familiares. Em muitas dessas narrativas, há sempre uma mãe ou uma tia que faz grandes esforços para que estes homens se cuidem, sigam as orientações, produzindo deslocamentos no curso da vida, tornando o cuidado de si importante camada daquilo que chamamos existir. De um modo geral, no pulsar narrativo destes homens, é bastante presente o desejo de “*arrumar uma namorada*” e “*fazer uma família*”. Em outras narrativas, “*arranjar um trabalho*” e “*terminar a escola*” são projetos para essas vidas que ouço com frequência em atendimentos e espaços de convivência. Soam como desejos por pertencer e sustentar uma vida dentro daquilo que foi estipulado como “normal” ou “norma social” com vistas ao prosseguimento da vida e suas utopias.

Entre o lado de cá e o lado de lá

No território em questão, cidade de São Paulo, assim como em outras cidades - um grande divisor de acesso e circulação entre as populações dos distintos territórios existenciais são os rios Tietê e Pinheiros. Existem as pessoas que habitam o “centro expandido”, o lado de dentro do rio e as que habitam o lado de fora do rio, “as beiradas” da cidade. Para fazer o trajeto do Jaguaré até o CAPS, há algumas barreiras, embora em termos de distância não seja longo. O Jaguaré está geograficamente fora do “centro expandido”, pois encontra-se “do lado de lá do rio”. Instaurou-se na beirada do rio, mas do lado de lá. Por sua vez, o CAPS encontra-se dentro do “centro expandido”, pois outra parte do seu território “é do lado de cá”. O CAPS localiza-se em uma grande avenida que dá acesso ao centro expandido por onde se chega de trem e anda-se cerca de 10 minutos da estação de trem mais próxima, como também se chega de ônibus ou carro por essa avenida bastante movimentada que tem três pistas para os veículos e outra, exclusiva para ônibus. Para chegar lá, vindo do Jaguaré, passa-se por uma grande e extensa ponte sobre um poluído rio e anda-se cerca de 15 minutos de carro ou 45 minutos de ônibus, para mais. No trajeto, é possível ver muitas árvores e até mesmo passar por dois parques localizados no “lado de dentro” – um é um dos maiores da cidade e o outro, é um tanto menor, mas não menos exuberante. Na avenida movimentada em que o CAPS está instalado tem algumas árvores, mas para além destas, o que se destaca são as muitas clínicas de especialidades médicas privadas. Oftalmologista, dermatologista, entre outros. É também um bairro de muitos casarões antigos e uma área com pouco comércio. Em uma dessas casas, funciona o CAPS onde trabalho e de onde falo. Indo ou vindo, o trajeto é esse.

A reunião

De volta ao motivo que me fez ir até o território, naquela tarde de novembro, tratava-se de uma reunião com a equipe de saúde mental da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Nova Jaguaré, em uma sala no segundo andar do prédio da UBS. O assunto principal era pactuarmos como o CAPS poderia apoiar a equipe da UBS, considerando que a psiquiatra da UBS deixou a unidade e a nova contratação poderia demorar diante das necessidades que emergem diariamente. O fato de essa UBS

possuir equipe multiprofissional que atende saúde mental na atenção básica faz com que um bom número de usuários faça acompanhamento lá e outros tantos são encaminhados ao CAPS, sobretudo em situações em que o sofrimento está intensificado. Algumas pessoas escolhem cuidar-se na UBS pela maior proximidade de suas casas, outras esbarram na dificuldade em pagar passagens para deslocar-se até o CAPS de transporte público. Na reunião, eu estava com outros três colegas de trabalho, pessoas com quem tenho boa relação, o que facilita a tomada de decisão e de posicionamento em relação às demandas trazidas pelos profissionais da unidade básica de saúde. A reunião se dividiria em duas partes, uma primeira onde estavam presentes somente CAPS Adulto e equipe multiprofissional da UBS, e, em um segundo momento, quando se juntaram a nós profissionais das equipes de outros serviços de saúde mental do território (CAPS Álcool e Outras Drogas e CAPS Infantojuvenil). No primeiro momento, discutimos acerca do fluxo de encaminhamento e sobre como poderíamos fazer mais presença naquele território. Entendemos que há um trabalho a ser feito sobre qualificação da escuta e cuidado das pessoas que têm questões de saúde mental com a própria equipe da Atenção Básica, sobretudo com os médicos, por ser esta a categoria mais rotativa no quadro da unidade. No segundo momento, juntaram-se à nós os demais serviços de saúde mental que cobrem o território da UBS e então a reunião voltou-se para uma breve discussão das questões de pessoas que são acompanhadas no CAPS AD e fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, havendo um alto número de casos pautados para um pequeno período de tempo, razão pelo qual não foi possível aprofundar a discussão caso a caso, como no primeiro momento da reunião.

Ao final da reunião, retornamos ao CAPS. Dentro do Palio, visualizamos o trajeto Jaguaré-CAPS...

A geografia e suas linhas

Para Foucault (2019), pensar a geografia é também pensar linhas de força atuantes como em um jogo, atrelados à questão do poder que se encontra diluído em cada um de nós por meio da dualidade saber-poder.

Geograficamente, o que reconhecemos como centro pode ser considerado um ambiente que está em disputa constante, para onde se voltam os holofotes, como em

uma 'arena'. Existem linhas de força que operam em franca tensão pela permanência ao centro, para que os acontecimentos ocorram naquela delimitação geográfica e ganhe visibilidade frente à sociedade. Somos ensinados a atribuir maior valor e a enxergar antes, com olhar por vezes desejante, aquilo que acontece no centro, díspar da visibilidade dada aos movimentos que acontecem nas regiões fronteiriças ou periféricas, nas bordas da cidade, pouco vistos, pouco notados. A tríade do econômico, social e político como questões centrais para pensar espaços geográficos também caracteriza determinados lugares supervalorizados em relação a outros espaços, uma vez que se torna um espaço de importantes decisões econômicas, sociais e políticas, em contraste aos territórios periféricos e às populações que lá residem, onde a partir dessa falta há necessidade de organização local. Em geral, parte-se de um olhar que considera somente um local, uma delimitação geográfica, um ambiente como o centro, quando é possível existirem muitos centros; a centralidade é uma questão de visibilidade, de lançar luz sobre algo, de dar zoom ou encontrar o foco, de reconhecer ali a potência e o valor daquele modo, em vez de considerar somente um modo como o único possível – trata-se da afirmação da diferença como força e potência de vida. A ideia de que somente um modo, uma cultura é a “padrão”, é “dominante”, vai de encontro com a mesma ideia de que existe um ambiente, um território com cultura reconhecida e valorizada de forma hegemônica e dominante sobre outras (ROLNIK, 2020, vídeo, 63'20”).

A esse respeito, na perspectiva de Milton Santos (2012, p. 125),

A cidade constitui, em si mesma, o lugar de um processo de valorização seletiva. Sua materialidade é formada por justaposição de áreas diferentemente equipadas, desde as realizações mais recentes, aptas aos usos mais eficazes de atividades modernas, até o que resta do passado mais remoto, onde se instalam usos menos rentáveis, portadores de técnicas e de capitais menos exigentes. Cada lugar, dentro da cidade, tem uma vocação diferente, do ponto de vista capitalista, e a divisão interna do trabalho a cada aglomeração não lhe é indiferente. Assim, às diversas combinações infraestruturais correspondem diversas combinações supraestruturais específicas.

Do centro às bordas da cidade, pelo olhar daqueles que atribuem valor monetário aos espaços e hipervalorizam o centro, os territórios onde a vida acontece mais 'longe' do 'centro' são reconhecidos por terem menos valor para o mercado imobiliário. É nestes territórios que vivem as pessoas que recebem salários menores, acessam piores condições de trabalho, têm menos recursos para uso na vida

cotidiana, e, a partir disso, experimentam as inserções mais subalternas na cidade e na sociedade. Há uma delimitação econômica, social e política entre aqueles que conseguem pagar determinados valores para alugar um apartamento, um quarto ou um barraco, entre aqueles que conseguem arcar com determinado custo de vida em certa região geográfica e os que não. Isso se evidencia no fato de cada parcela do território urbano ser valorizada ou desvalorizada em virtude do jogo de poder ditado pelo modo de produção capitalista e consentido pela figura do Estado, que pode representar a sociedade por meio de uma pirâmide: em cima, poucas pessoas e que recebem muito dinheiro, que sobrevivem sem nem precisar dispensar força de trabalho, sobrevivendo de seus acúmulos; na base da pirâmide, toda a classe trabalhadora. É esse feixe da população, a base da base da pirâmide, que a partir das sucessivas violências cotidianas e barreiras impostas pela atribuição do processo de privatização e também precificação do acesso aos espaços e necessidades básicas, bem como a sustentação cotidiana desse (não) acesso, que tende a adoecer mais psiquicamente a população. Seja pelas extensas jornadas de trabalho acompanhadas de baixos salários, precisando trabalhar mais horas para complementar a renda, seja pelo tempo gasto no transporte público, até três ou quatro vezes maior ao deslocar-se de casa para o trabalho, faculdade, entre outros espaços, ou ainda por 'simplesmente' não enxergarem 'saídas' para determinadas situações, adoecem psiquicamente e então são acolhidas nos serviços públicos de saúde mental. Penso que as condições, o "como" se dá a vida cotidiana da população hoje – simbólica e materialmente - explicita como se dará o processo de envelhecimento ou que acometimentos tendem a surgir no prosseguimento da vida (LEÃO; BARROS, 2012; SANTOS, 2012; ROLNIK, 2020, vídeo, 08'25").

Nesse sentido, Guattari ao pensar a restauração da cidade subjetiva, irá afirmar que:

O objeto urbano é de uma complexidade muito grande e exige ser abordado com as metodologias apropriadas à complexidade. [...] Uma ordem objetiva "mutante" pode nascer do caos atual de nossas cidades e também de uma nova poesia, uma nova arte de viver. Essa "lógica do caos" pede que se examinem bem as situações em sua singularidade. Trata-se de entrar em processos de ressingularização e de irreversibilização do tempo. Além disso, trata-se de construir não apenas no real, mas no possível, em função das bifurcações que ele pode incitar [...]. (GUATTARI, 2012, p. 155).

É a partir da afirmação da diferença, de que é possível existir recusando os valores e as necessidades colocados como normas, construídos socialmente com influências mercadológicas e coloniais, que se produz uma fenda nessas estruturas, permitindo nos olharmos com a lente da generosidade, olhando para si pela ótica da processualidade e enquanto sujeitos históricos, que não partem de um mesmo lugar, com as mesmas ferramentas, que podem desejar e existir de modo singular, recusando os modelos hegemônicos de viver. Vale ressaltar que os meios e as possibilidades de construirmos novos valores sociais, novos estilos (d)e atividade humana perpassa a tomada de consciência de que isso é necessário e possível de ser feito, onde o desejo e a vontade política são fundamentais para organizar-se e criar micro politicamente. Trata-se de um trabalho coletivo que considera as ecologias social e mental para abarcar grandes dimensões da sociedade, ainda que em organizações locais e sempre singulares. É uma questão de ressingularização de valores, o quão e ao que atribuímos valor (GUATTARI, 2012; ROLNIK, 2020, vídeo, 28'41").

Em consonância, Guattari novamente contribui:

A construção e a cidade constituem tipos de objeto que, de fato, trazem igualmente uma função subjetiva. São “objetidades” ou, se se prefere, “subjetidades” parciais. Essas funções de subjetivação parcial, que nos presentifica o espaço urbano, não poderiam ser abandonadas ao sabor do mercado imobiliário, das programações tecnocráticas e ao gosto médio dos consumidores. Todos esses fatores devem ser levados em consideração, mas devem permanecer relativos [...]. Trata-se, em suma, de uma transferência de singularidade do artista criador de espaço para a subjetividade coletiva [...]. (GUATTARI, 2012, p. 157).

É assim que a vida cotidiana no bairro se faz de forma singular, pulsante e em constante movimento, onde a partir da falta, algo se desloca para a afirmação do que é possível ali, e assim se sustenta como potência aquilo que se tem nas mãos. E que quando não se sustenta, organiza-se coletivamente, construindo possibilidades e modos que reafirmam a diferença para dar contornos enquanto (comun)idade, construindo e afirmando no (de)vir-a-ser(mos). Essa é a filosofia da vida cotidiana no outro lado da ponte que não a atravessa. Esse é o trabalho em comunidade: estar em comum. (GUATTARI, 2012; ROLNIK, 2020, vídeo, 14'50").



Figura 1 – Escadão, 2021. Foto: Cristhian Schieck. Fonte: arquivo pessoal.

4.2 Oito anos, uma mulher e uma calçada...

Em certo dia do mês de fevereiro, decidimos visitar uma senhora que mora na calçada de uma vila há oito anos. Ela havia morado outros dez anos em calçadas de outros bairros da cidade. Maria, uma mulher negra, nasceu no outono de 1958, e chegou até meu conhecimento por meio de uma discussão de caso entre diversos dispositivos da rede: Assistência Social (equipe de abordagem de rua do Serviço Especializado da Assistência Social), Saúde - Equipe de Consultório na Rua, Atenção Básica (Equipe de Saúde da Família -ESF/Núcleo de Apoio à Saúde da Família -NASF), Centro de Atenção Psicossocial Adulto, Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), Coordenadoria e Supervisão de Saúde da região. É a partir dessa reunião e destes olhares que conheço a história de Maria. Duas grandes reuniões acontecem, nelas há uma clara preocupação com Maria em não saber a quão organizada está para julgar suas tomadas de decisões acerca de seu cuidado clínico, bem como expor a riscos ela mesma e as pessoas que residem em seu entorno. A partir de falas de representantes de diferentes serviços presentes na reunião, é possível perceber que há uma cisão de posições: uma parte do grupo de trabalhadores entende que é necessário fazer uma internação, outra parte discute a possibilidade de um trabalho anterior, de vinculação e aproximação para construir com Maria algumas pactuações, conseguir acessá-la a partir do afeto, de maneira não violenta e trabalhar sobre o cuidado de si e da relação com a vizinhança processualmente. Para este grupo, interessa compreender que há um funcionamento, uma organização singular de Maria que dá conta de viver à sua maneira. O tempo passa e discute-se a “saída” para o caso por meio de uma internação, pois *“a mulher não aceita contato com as equipes de saúde para colher exames, nem nenhuma abordagem referente à avaliar suas condições de saúde”* – diz a equipe de atenção básica responsável pelas questões clínicas e que está mais perto de Maria. A partir da reunião, articula-se, entre consultório na rua e CAPS, uma ida até a “casa” dela para iniciar a aproximação. Há uma intervenção agendada para a semana seguinte com o objetivo de interná-la em busca de uma organização ou implicação no cuidado ao nosso modo, tanto clínico quanto psicossocial.

A esse respeito, Lancetti (2016) afirma:

O terapeuta que vai ao encontro de meninos drogados nos becos da cidade, que vai à favela, intervir no espaço doméstico de famílias escolhidas a dedo pela avaliação do risco, isto é, nos que há violência, possibilidade de suicídio, uso excessivo de drogas ou crise psicótica, carrega consigo um trunfo. Ao ir sem aviso, ao chegar na hora em que os destinatários menos esperam, traz consigo o trunfo da surpresa. Mas o efeito da surpresa só produz efeito quando há contra-surpresa, que consiste na adesão às propostas terapêuticas. (LANCETTI, 2016, p. 101).

Uma semana antes da intervenção, vou ao encontro de Maria com a equipe de Consultório na Rua. No caminho, falamos sobre sua existência, sobre a dificuldade que as equipes de abordagem têm em acessá-la para colher informações e de como ela é pouco receptiva inicialmente, “*abrindo-se ao diálogo pouco a pouco*” – disse a psicóloga que já tinha realizado visitas anteriormente. Na Kombi, estão o motorista, um colega técnico de enfermagem do CAPS, a colega psicóloga do Consultório na Rua, duas profissionais residentes e eu. Dentre nós, somente a psicóloga conhece Maria. Eu estava ansioso para conhecê-la.

Lançar-se ao encontro das pessoas em diferentes ocasiões, fora das delimitações dadas pelas paredes de um CAPS torna-se um ato clínico surpreendente, que produz outros olhares para o acompanhamento em saúde mental para quem cuida e para quem é cuidado. É uma experiência necessária para qualquer trabalhador de um serviço de saúde mental, pois ultrapassa o acesso à vida do sujeito conhecido somente pela narração nos atendimentos, possibilitando que o trabalhador também experimente, em alguma medida, como a vida acontece nesses espaços. Quando os usuários nos recebem em seus territórios - seja em suas casas, seja quando, “sem querer”, nos esbarramos pela rua ou quando já estamos por lá e passamos em alguma casa sem avisar, nos espaços onde a vida está em acontecimento constante, com os recursos que se tem - tende-se a potencializar o vínculo e os afetos entre ambos, produzindo um efeito surpresa na relação cotidiana de trabalhadores e usuários, possibilitando deslocamentos, misturas, uma relação diferente da produzida em consultórios. Eis o encontro que produz o inesperado, a possibilidade de usuário e trabalhador experimentarem-se afetados em outros lugares, ângulos, contextos, settings, colocando em ato os efeitos da surpresa e da contra-surpresa da clínica peripatética (LANCETTI, 2016, p. 101).

Chegamos ao local e percebemos que Maria havia feito uma casa – literalmente – sobre a calçada, ocupando o largo espaço por inteiro com diversos restos de

diferentes objetos, sobretudo quadros, panos, caixas e resquícios de madeiras, materiais considerados lixo para a maioria das pessoas. Na casa de Maria, telhas quebradas e tapumes de madeira compensada constituem o telhado. A altura é de cerca de um metro do solo – ela cabe sentada ou deitada ali. É vista como acumuladora por nós profissionais de saúde e de saúde mental – alguém que guarda coisas variadas em sua ‘casa’, que cresce com o passar do tempo. Já são oito anos vivendo naquela calçada e ‘*acumulando coisas*’, ‘*ampliando sua casa*’, ‘*trabalhando para o Estado*’. A relação de Maria com os vizinhos é bastante ruim: tem sido constantemente ameaçada pela vizinhança, e já sofreu tentativas de envenenamento, sobretudo quando está mais nervosa, mais desorganizada e com menos juízo da realidade, o que a torna bastante vulnerável naquele ambiente. A casa dela fica embaixo de uma árvore, onde pendura fezes para garantir que as pessoas não se aproximem. Ela nos recebe com bastante palavrões, e diz: “*as pessoa vem aqui, incomoda a privacidade da gente, perguntam sobre minha vida e depois vão embora*”.

Fala sem parar, bastante acelerada, porém, de repente, passa a escutar um pouco e abre-se para o diálogo. Nos aceita ali. Iniciamos uma rápida conversa sobre outras possibilidades de moradia e ela diz: “*aqui é minha casa, eu não gosto de albergue, não quero ir pra albergue*”, referindo-se ao Centro Temporário de Acolhida – possibilidade de moradia pensada pela equipe para ela. “*Até saí do Brasil às vezes. Vou pra Foz do Iguaçu, mas depois volto. Sempre volto*”. Reafirma, “*aqui é minha casa*”. Pergunto sobre os panos de prato que borda e pinta e ela mostra algumas obras que fez. Operar uma práxis no campo da saúde mental é algo complexo e exige transitar entre territórios: um território que é geográfico (concreto) e outro território que é existencial, presente na forma como cada sujeito experimenta subjetivamente aquele mesmo espaço geográfico, de acordo com sua habitação existencial do mundo, onde articula aspectos da subjetividade de acordo com a complexa heterogeneidade cultural da relação indivíduo-sociedade. (LANCETTI, 2016).

Maria existe ali, daquela maneira, naquele território e há oito anos. Acompanhá-la em franca existência psicótica em uma situação de crise que não cessa e que, ao contrário, entendo ser a construção delirante que permite a sustentação da sua existência ali, provoca diversas dúvidas a todo o tempo. Uma delas diz respeito ao complexo desafio que é realizar o cuidado contínuo de pessoas que estão pelas ruas, em suas existências nômades, por vezes também compreendidas como ‘situações de crise’, onde se exige firmeza dos trabalhadores nos encontros, e muitas

vezes corpo a corpo com os sujeitos, na construção de possibilidades de continência cotidianas nos territórios existenciais (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Em uma tentativa de cozinhar, Maria já se queimou dentro da “casa” e não buscou ajuda em um pronto socorro. Ainda, Maria possui um botijão de gás consigo e há relatos de que os demais moradores dos arredores se preocupam com sua relação com o botijão e com o fogo. Atualmente, sobrevive alimentando-se de miojo, massas prontas que cozinha em um pequeno espaço do chão, onde faz fogo. Dentro da “casa”, olhando de fora, superficialmente, avisto um rádio/tv de 7”, onde ela fala que ouve as notícias. Diz: *“As notícias não ‘tão boas, não. Ainda mais na política... Bando de salafários, só querem o meu dinheiro”*, grita com sua voz imponente. Enquanto estou paralisado diante de seus gritos, penso: é necessário gritar; hoje tem pessoas aqui interessadas em escutá-la. É tanto sofrimento que precisa sair, sair rasgando as cordas vocais e vibrar nos ouvidos daqueles que se permitem ouvi-la. O papo estava começando a fluir, mas, por uma questão de horário, precisamos ir embora. Nesse momento, a decisão da internação já havia sido tomada. Poderia falar o que fosse, já imaginávamos o desfecho da história: ela seria internada involuntariamente e o local estaria “limpo”. Diante disso, só conseguia pensar o quanto nossas intervenções como profissionais de saúde pública, a favor do Estado, sempre bem-intencionadas, por vezes não consideram o sujeito que recebe a intervenção. As ações, muitas vezes, não estão articuladas e construídas com quem irá experimentá-las do outro lado da relação “equipe-sujeito”. Parei e lembrei de algo que sempre conversamos e alinhamos como equipe no CAPS: se uma equipe escolheu uma conduta em um espaço de construção coletiva, como uma reunião de planejamento ou discussão de caso, eu, como parte daquela equipe, preciso segui-la também, para que esta, de fato, venha a ser entendida como terapêutica. Posso discordar durante a discussão, durante a construção da conduta, mas uma vez que a conduta coletiva foi escolhida e tomada pela equipe, preciso sustentá-la nas ações cotidianas. Em nossas práticas diárias como trabalhadores de saúde mental que apostam no cuidado em liberdade e co-produção da diferença, não é raro nos depararmos com situações de confrontação ética, permeadas de muito afeto, produzindo presença ativa e relações corpo a corpo nos processos de cuidado (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Logo na semana seguinte, a notícia de que uma pandemia nos acometia tomava conta de todos os jornais e noticiários da televisão. No CAPS, me sentia como uma barata tonta, sem saber o que fazer – estávamos vivenciando um susto coletivo

e paralisamos diante dele. Após vivenciarmos esse susto, recebemos orientações para que todas as atividades coletivas do CAPS fossem suspensas: não haveria mais grupos, nem ambiente de convivência naquele momento. Nosso trabalho passou a ser de orientar as pessoas a permanecerem em suas casas e de construir maneiras de seguirmos lá na ponta, perto da população. A partir disso, a ação de internação involuntária que aconteceria com Maria foi adiada e posteriormente cancelada. Maria havia sido esquecida por todos nós em meio à pandemia.

Seis meses após o início do período de quarentena na cidade, eu e duas colegas do dispositivo Consultório na Rua retomamos as visitas para a senhora da calçada. A caminho da casa de Maria, lá estávamos nós, na kombi, indo em busca de um recomeço. Ao chegarmos, descemos da kombi e avistamos de longe um amontoado de coisas sobre a calçada, ao lado de uma rua movimentada, que é de mão dupla e dá acesso ao bairro. Entre muitos carros, ônibus e caminhões acelerados, indo e vindo, paramos na casa dela, que permanece situada embaixo de uma grande árvore cujo tronco faz fronteira, de um lado, diretamente com a rua. Do outro lado, a fronteira é dada por um extenso e alto muro que delimita uma oficina mecânica. Maria dá outro nome para essa oficina em suas falas: chama de “*o ferro velho*”. A casa “dos que tem casa” mais próxima de Maria, está do outro lado da rua, em diagonal, a cerca de vinte metros. Na extensão da mesma rua, subindo por ela, existem mais casas, uma ao lado da outra. Algumas mais simples, outras mais sofisticadas. Descendo a rua até a esquina, existem ali alguns pequenos comércios e uma escola. O bairro onde Maria reside parece uma pequena cidade do interior. Sempre que vou até lá, penso: que lugar gostoso! Tem um ar interiorano, um ar residencial e comunitário, exala tranquilidade, entre árvores e casinhas, nem parece que estamos nessa cidade-caos! Mas a presença de Maria permanece não sendo bem quista por boa parte da vizinhança.

Enquanto nos aproximamos de sua casa, percebemos que Maria aumentou a quantidade de objetos utilizados na arquitetura e, portanto, a extensão da calçada ocupada chega a aproximadamente 20 metros. Pensei: em plena pandemia, quem não quis se proteger mais? Percebemos que aumentou o acúmulo dos sacos de folhas que recolhe da rua, os materiais de reciclagem e também pedaços de quaisquer coisas que passam a somar na estrutura de sua casa.

Ao chegarmos, Maria encontra-se dentro da barraca, sentada, com as pernas esticadas e olhar desconfiado. Recepciona-nos falando um bocado de palavrões,

xingando o mundo e ao dar uma pausa, pergunta: “*o que cêis qué aqui? O que cêis qué comigo?*” Iniciamos a conversa perguntando como ela estava, como estavam seus dias, se poderia ajudar de alguma maneira. Ela grita “*eu não preciso de ajuda de ninguém não*”. Em seguida, passa a falar sobre como vem sendo seus dias: “*ah, tá daquele jeito né, o pior é quando chove*”. Na semana que antecedeu a visita, havia chovido durante vários dias. Conversando com Maria, vamos nos aproximando, ela se levanta e sai da casa, permanecendo em pé para conversar conosco. Em suas falas, percebemos uma mistura da sua história de vida, onde diz: “*eu não sou daqui não, dizem que eu nasci no estado de Uberlândia, aí vim pra cá pequena com meus irmão*”. Comenta sobre diferentes pontos da cidade de São Paulo com familiaridade: “*eu já fiquei pra Sé, pro Brás, pra rua Augusta...*”. Conhece o espaço onde está: “*até o posto de gasolina é esse tal bairro, depois dele, já é o outro bairro*”, falando da divisão territorial do bairro onde vive. Conta sobre já ter ido a diferentes espaços da cidade e ressalta a importância do trabalho, onde diz “*eu tô fazendo o meu trabalho para o Estado, já que eles não fazem o trabalho deles direito. Tô ajudando a sociedade, porque se eu não recolho todas essas folhas e coloco nesses sacos, elas entopem o bueiro ali da esquina. Se eu for ficar esperando virem fazer isso, vai entupir tudo e encher de água o bairro*”. Conta sobre sua história de vida e suas andanças pelo mundo: “*eu mais minha irmã vendia salgados na barraca, até construírem o shopping ali. Eu estava lá né, e o Silvio Santos também*” - fala de uma época em que trabalhou vendendo salgados com sua irmã em uma barraca, em frente a um terminal e que pararam de vender ao construírem ali um shopping. Fala bastante sobre a figura do Silvio Santos e conta que já dividiu algumas histórias e momentos na presença dele. Parece ser alguém importante nas suas vivências. Maria ainda fala: “*vocês sabia que eu sei falá francês? É, eu falo francês. Eu já estudei francês...*” No bate-papo, perguntamos: “*Maria, você está com quantos anos?*” Ela responde: “*Eu? Eu tô com 45 anos, muito bem vividos, graças à Deus*”. Ela fala sem parar, parece que não respira. Conta que gostaria de ter outra casa, de material, mas é difícil: “*eu já fiquei em vários lugares, até em albergue e lá eu não fico, é uma bagunça. Não tem paz. Tem muita gente que não respeita, que não dá sossego.*”

A partir dos encontros entre mim e Maria, ali naquela rua movimentada, ouvindo-a falar das diversas necessidades e também das soluções que tem dado para existi-la ao seu modo, uma afirmação teórica se coloca a partir da experiência: em um encontro terapêutico, o quão necessário é criar uma forte vinculação que permita

negociações ao longo do tempo, estabelecendo uma relação de confiança, deixando de lado as classificações diagnósticas, podendo somente existir ali à luz do que se apresenta no encontro de dois sujeitos, da forma mais horizontal possível. Na medida em que o vínculo se amplia, mais sinceras tendem a serem as conversas, as trocas, as negociações, a dita transferência acontece. A aproximação com o sujeito amplia-se também na medida em que os encontros permitem que um apresente ao outro como cada um se situa no mundo, como existe e faz uma leitura de mundo de acordo com sua construção sociocultural, fomentando nos atos terapêuticos a descoberta de novos mundos a partir das trocas. Ousaria dizer que encontros terapêuticos são também encontros de diferentes mundos em constante movimento (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Ao falarmos da possibilidade de cuidado da saúde, Maria diz: *“a única coisa que eu queria fazer é meus dentes. Tive que arrancar com a mão. Doía, doía, aí eu tomei coragem e puxei com bastante força, até cair. Sangrou, sangrou, sangrou. E assim foram vários...Eu queria arrumar meus dentes. Não consigo mais morder direito.”* Falamos sobre a possibilidade de ir conosco um dia de kombi, tomar um banho no CAPS e depois trazê-la novamente. Maria então diz: *“eu ir com vocês de kombi? Eu não. Um dia uma outra que morava aqui perto foi e converteram ela, esse negócio de igreja, falou que ia só dar marmita e converteu ela. Eu não vou.”* Ela se refere às ações de grupos religiosos para pessoas que moram em situação de rua, que na verdade um dos objetivos é buscar as pessoas para incorporarem seu grupo religioso na oferta de “uma vida melhor”, uma “salvação”. Nossos encontros com Maria têm se dado para abrir possibilidade de cuidado e de acompanhamento em saúde, mas ela é bastante resistente em fazer coleta de exames ou qualquer outro procedimento que não seja conversar e que se dê fora das proximidades da sua barraca. Seguimos tentando. Ficamos com ela por cerca de 1h30min e, na hora de ir embora, ela nos acompanha até a esquina onde está a kombi que nos trouxe. Com dificuldade, nos despedimos diversas vezes e Maria queria continuar a conversa. Seguimos caminhando até a kombi. Antes de entrarmos, pausa para um respiro e acolhimento entre nós profissionais. Entramos na kombi para retornar ao CAPS. A cena que avistamos na saída é a de Maria conversando com um motoboy que parou com a moto na esquina para pedir informações. Maria diverte-se, dando gargalhadas durante a conversa com o motociclista e ao passarmos, nos abana dando tchau novamente.

Já dentro da kombi, indo adiante no caminho de volta para o CAPS, também avanço nas reflexões e penso sobre o quanto daquela intervenção estaria respondendo aos nossos incômodos de classe média, branca e apegada a valores morais cristãos, em vez de identificar e acolher aquilo que seria importante para Maria, uma vez que haverá uma intervenção, interrompendo bruscamente o modo de viver a vida construído por ela para seguir algo que, em nossa visão, tende a ser “mais adequado”. Divaguei nas reflexões e passei a me questionar se realmente era aquela conduta a melhor a ser tomada e também sobre de que maneira seria possível interrompê-la. Estava diante de um paradoxo: o quão sofrido é viver nessas condições, precárias aos nossos olhos, e o quão sofrido seria deixar de viver daquele modo a partir de uma intervenção pontual? Questões como estas são recorrentes para quem opera a construção do cuidado em liberdade por meio de práticas antimanicomiais, que são pactuadas no encontro com o sujeito, em ato. A dúvida e o não saber são elementos necessários na construção e sustentação de uma ética antimanicomial e de práticas clínicas pautadas por esta. Trata-se de contrapor-se às respostas automáticas, aos protocolos, à rigidez e burocratização do cuidado para permitir a construção da clínica da experiência, que se pauta pelo arriscar na inventividade de práticas que consideram o que é possível naquele encontro e contexto (ALMEIDA; MERHY, 2020).

A partir de reuniões como essas sobre Maria, percebo o quanto podemos facilmente passar a investir em intervenções mais simplistas, bruscas e de clausura ao cuidar em saúde mental do que na práxis peripatética, ao investir em ir ao território, apostar no vínculo e em um acompanhar o sujeito longitudinalmente na construção de cuidado e responsabilidade compartilhados. Penso sobre a dificuldade de articular e também de sustentar modos de intervenção que busquem a emancipação por meio da co-responsabilização do sujeito no cuidado, que o cuidado se torna uma via de mão dupla em vez de ser unilateral na relação equipe-sujeito. Tenho a percepção de que é uma luta constante garantir o cuidado em liberdade e construí-lo junto com os sujeitos atendidos nos serviços, sobretudo garantir a atenção à crise no cotidiano do sujeito, onde a sua vida acontece em determinada complexidade, com os recursos

que ali se apresentam. Tende-se a retirá-lo do seu cotidiano com vistas à proteção de si e também de quem os rodeia, quando intervenções que considerem o cotidiano daquele sujeito, o ambiente onde a vida acontece (em crise ou não) compõem (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

A atenção psicossocial e à crise de sujeitos à deriva, na chamada ‘situação de rua’, perpassa por camadas ainda mais delicadas, onde, por ocupar um espaço entendido como público e de passagem (a rua), as pessoas que não fixam moradas nas ruas tem a falsa percepção de que possuem maior razão sobre as que se encontram habitando as ruas, em deriva.

A ideia de dentro e de fora, do público e do privado a partir dos corpos de pessoas que estão em situação de rua e de pessoas que possuem bens materiais, bem como espaço privativo para colocar-se “dentro” e “fora” é algo que precisa estar em discussão. As pessoas em situação de rua têm consigo enquanto borda, enquanto “entre” o dentro e o fora, apenas a pele do corpo como limite na relação com o mundo (MAUTNER, 1995). Isso permite e incita ações higienistas e de enclausuramento, com desejo de limpeza, de varrer das ruas das cidades aqueles que nelas residem e causam incômodo. Parte dessas ações acontece, muitas vezes, articuladas pelo elo sociedade e Estado (serviços públicos), como bem demonstra nossa história de relação com as populações que estão à margem, que são desviantes dos padrões normatizadores – tornam-se itens e conceitos em classificações médicas, ou seja, a possibilidade de tornar patologia aquilo que advém da heterogeneidade do socius, do diferente. Resultado de uma sociedade que caminha rumo ao individualismo e que é entendida como adoecida, na qual, para qualquer questão, há um tratamento que promete melhorar algo. O cuidado em saúde mental perpassa um trabalho com a sociedade também e não somente com os sujeitos atendidos pelos dispositivos de cuidado em saúde mental. É necessária a discussão sobre a afirmação da diferença, das tentativas de normatização da vida, bem como da patologização da pobreza. Há uma dimensão do ambiente que é individual e há outra dimensão do ambiente que é coletiva, onde os sujeitos estão inseridos e em relação. Essas camadas articulam-se no desenrolar da vida e precisam ser consideradas de modo articulado quando pensamos no cuidado em saúde mental.

Ao olhar para questões sobre a delicada complexidade do cuidar em liberdade, Lancetti (2016, p. 113) contribui:

No território e num processo terapêutico que se desenvolve ao ar livre é preciso negociar para funcionar como enxerto de transferência, para ser ouvido ou simplesmente para que o interlocutor em questão adira à proposta terapêutica. A complexidade se intensifica e se amplia quando as histórias começam a ser tecidas, quando outros atores participam do processo, uma escola que aceita o retorno de uma criança em grave sofrimento, uma família substituta, uma ONG, uma igreja, um núcleo de trabalho, uma equipe de enfermagem psiquiátrica, o conselho tutelar, etc.

Ali, na beira da rua, durante a visita à Maria, eu estava dividido em dois: havia o lado profissional e eu enquanto sujeito, juntos em um corpo e em conflito, agindo por meio da minha inserção no SUS como profissional de saúde pública. Perguntava-me qual era meu papel ali, se estava a favor de Maria e pensando em seu cuidado ou se estava ali realizando uma ação higienista retirando uma pessoa em situação de rua e colocando-a internada em um pronto socorro, alegando que estava louca e sem o juízo da realidade. Fiquei pensando o quanto há uma linha tênue entre ser uma ação de cuidado e ser uma ação de controle, sobretudo se considerarmos a relação com o tempo. Eu acredito que para desenvolver um trabalho de vínculo, longitudinal e de corresponsabilização do cuidado, demanda muitos investimentos em uma longa linearidade de tempo. Perguntava-me com angústia o que estava primeiro naquela situação. Via-me como alguém recém-chegado no encontro com a mulher, mal conhecia a sua história de vida. Havia recebido 'o caso' há pouco tempo de uma colega de trabalho que acompanhava Maria e que migrou para trabalhar no período noturno.

Enquanto trabalhadores dos serviços da rede de saúde mental e assistência passamos a ser cobrados constantemente por instâncias jurídicas para apresentarmos por meio de relatórios ações feitas que respondessem às necessidades de Maria. As reuniões em rede foram retomadas para discussão do caso entre atenção básica, serviço especializado de abordagem social, supervisão de assistência social regional, supervisão de saúde regional, subprefeitura regional - zeladoria, equipe consultório na rua, pronto socorro de referência. No decorrer do tempo, concomitante às reuniões seguiu presentes realizando novas visitas a Maria por cerca de um semestre e percebemos que a situação estava mais delicada: havia aumentado ainda mais seu barraco, chegando a passar do meio fio da rua, colocando-se ainda mais em risco. Também percebemos no discurso dela um cansaço existencial, um aumento da manifestação do sofrimento psíquico, junto de um pedido de ajuda quando em dado momento disse: "*eu não aguento mais*". Especialmente

nesse dia estava com humor mais entristecido, com voz rouca. Era temporada de chuvas e chovia diariamente. O barraco cheirava muito mal, um cheiro típico da mistura entre madeira velha e que fora molhada, sem dar tempo de secar e já molhar novamente.

Discutimos o caso de Maria em uma reunião que discute e acompanha especificamente casos de acumulação do território com o cuidado e sensibilidade que as pessoas que acumulam necessitam, a partir da ótica da saúde mental pública que tende a considerar o sujeito e sua complexidade. Foi construída em rede a necessidade de uma ação interventiva articulada com ambulância do serviço de urgência e emergência, guarda de trânsito, serviço de zeladoria da prefeitura municipal e junto dos trabalhadores do CAPS e UBS.

A intervenção foi agendada e então aconteceu depois de duas semanas. Por ter feito diversas visitas à Maria, combino com a equipe de não participar da abordagem diretamente e atuar posteriormente na retirada de seus pertences, filtrando pertences de valor simbólico para guardar e posteriormente devolver para Maria. No momento da abordagem, Maria grita, xinga, demonstra-se assustada, permanece paralisada dentro de seu barraco. Os profissionais conversam sobre o objetivo da abordagem e Maria não oferece resistência para entrar na ambulância e ir ao pronto socorro, somente solicitando determinados pertences para levar consigo entre eles uma bolsa que estava cheia de dinheiro que Maria guardava consigo. Para a retirada dos objetos que sustentavam a casa de Maria na calçada foram necessários dois grandes caminhões com caçamba que encheram totalmente. Eu e três colegas do CAPS nos juntamos aos poucos trabalhadores enviados pela prefeitura para a longa jornada de retirada dos objetos. Permanecemos cerca de 5 horas removendo os objetos para a caçamba dos caminhões e na medida em que fomos retirando-os, de pá em pá, centenas ou milhares de baratas corriam pelo espaço. Muitos escorpiões e ratos também se apresentaram em meio aos objetos e dentre os nossos pés para a alforria da equipe de trabalhadores. Às poucas mãos, muita energia foi precisa para alavancar com pás e enxadas todo aquele volume de coisas.

Enquanto isso, Maria foi ao pronto socorro acompanhada de outros dois trabalhadores do CAPS, coletou exames de sangue para saber sobre seu estado clínico geral, permaneceu lá por uma noite recebendo seus primeiros cuidados e no dia seguinte foi levada ao acolhimento integral do CAPS. Recebemos os resultados dos exames clínicos de Maria e nenhum apresentou alteração, causando surpresa

para nós enquanto equipe. Fizemos um primeiro atendimento de acolhimento no CAPS e Maria apresentou-se calma, conversando tranquilamente conosco sobre ter sentido medo e susto com a abordagem feita, mas que esperava que algo nesse sentido fosse acontecer logo menos, dada as nossas visitas frequentes à sua morada. Falou sobre o quanto acreditava que alguém iria vê-la, que alguém iria tirá-la de lá. Falou sobre o desejo de ter uma vida diferente, de trabalhar vendendo seus bordados ou fazendo salgados como já o fez em algum momento da vida, de alugar um quartinho ou cama em alguma pensão para morar, colocar seu dinheiro em uma conta bancária. Iniciava-se ali, pela primeira vez na história de vida de Maria um acompanhamento em saúde mental e que poderá ser suporte no devir cotidiano da vida. Em minha jornada, produziu-se nesse processo uma intensa marca do que pode ser cuidado (LANCETTI, 2016).

Um mês de acolhimento integral se passa entre tentativas da equipe em utilizarmos o mínimo de medicação para conhecermos o máximo de Maria sem vivências delirantes e estreitarmos a relação ainda recente. Houve um dia em que a enfermeira se propôs a fazer coxinhas com Maria, um salgado que ela muito já fez na vida para vender e foi um sucesso entre os degustadores. Os salgados de Maria foram aprovadíssimos! Em um dos atendimentos, Maria fala: *“não aguento mais esse só come e dorme, come e dorme aqui dentro. Tiraram-me de lá pra cá, falaram que eu ia morar em uma pensão e não ficar morando aqui. Quero sair daqui do CAPS, quero ir para uma pensão, morar em um lugar que tenha porta para poder trancar ao sair, que eu possa ir fazer minhas coisas, trabalhar”*. Sentimos juntos o quanto estava difícil permanecer “esperando” enquanto em acolhimento integral e o desejo incessante de estar no mundo em vez de estar somente hospedada dentro do CAPS. Neste atendimento, junto com Maria combinamos frentes de trabalho e como operacionalizaríamos no contexto do acolhimento integral. Conversamos sobre muitas articulações estarem acontecendo longe dos olhos de Maria e que talvez isso produzisse uma sensação de paralisação frente aos processos. Falamos sobre as articulações para o acompanhamento com a dentista junto da equipe de consultório na rua, do trabalho na regularização de seus documentos pela equipe do serviço de assistência social (SEAS) para acessar alguma renda, bem como nas tentativas em fazer contato com sua família. Entendemos então que era necessário passar a fazer coisas juntos, sendo uma delas fazer os atendimentos fora do ambiente do CAPS, andando pelas arborizadas praças e parques que ficam ali perto. Mais uma vez, dava-

se seguimento ao fazer clínico peripatético (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Em um desses atendimentos circulantes, Maria fala: “*se eu morar aqui perto, vou poder andar por essas praças bonitas, por essas árvores, vir nesse parque bonito*”. Ao caminharmos, reconhece: “*Eu já morei aqui nessa esquina da avenida tal. Ficava aqui, eu e a bolsa de dinheiro. Mas eu não fazia essa sujeira, essa bagunça não. Eu ficava aqui, ficava tudo limpinho. Já até limpei a piscina de uma dessas casas. Deram-me R\$5,00 pra limpar a piscina. Ficava andando por aqui, quando chovia eu ia para essa casa ali ó – aponta para uma casa grande – eu ficava ali embaixo para não molhar. O dono era um japonês e já me conhecia, até ria pra mim*”, conta. São as mesmas praças que algum dia já habitou, mas de outra maneira, residindo por algum tempo em uma, por outro tempo noutra, em situação de rua. Agora é possível habitá-las por lazer, em vez de moradia. Circula a partir de um outro lugar social, com outra contratualidade em habitar aquele espaço. Em dado momento, fala: “*eu ficava andando pelas ruas pra tentar achar meus filhos, minha família né...*” (SARACENO, 1999).

Para Almeida; Merhy (2020, p. 73),

O antimanicomial em ato, como ética do agir, não precisa ser tomado como mais um imperativo que nos coloque em alta exigência e em risco de novos sufocamentos criados por nós mesmos em nossos cotidianos. O antimanicomial em ato opera em nós, nas nossas práticas e relações, envolvendo um campo de experimentação que nos situa no olho do furacão (que pode ser visto como potencialidade), para a abertura ao encontro com o outro, no qual o corpo é modelo para pensar os efeitos e causas dos afetos, para a composição ética dos nossos agires militantes. Para isso, o cuidado do outro é tão fundamental quanto o cuidado de si e o cuidado com o encontro.

Maria não sabia, mas nos colocava diante uma grande dificuldade cotidiana da atenção psicossocial contemporânea, em tempos em que experimentamos a privatização do Sistema Único de Saúde: até onde pode ir o cuidado do CAPS? Cuidar é somente fazer rápidos e múltiplos atendimentos individuais como pedem as organizações sociais em saúde? Maria exigia de nós novamente o tal cuidado inventivo, a clínica que se pauta no experimentar. Assim como outros tantos, Maria solicitava que agíssemos junto com ela em vez de agirmos para ela. Como fazer isso no cotidiano de um CAPS tão burocrático? Como incluir o cuidado psicossocial na

produção? Como incluir e multiplicar entre a equipe recursos como o tempo, a disponibilidade, o afeto, a ética e a escuta necessários para o efeito terapêutico do deslocamento experimentado por Maria entre o lugar de “doente” para o lugar de chefe de cozinha ao fazer suas saborosas coxinhas? Eu chamaria de atos de resistência ou de clínica política – fissuras tecidas no cotidiano em meio à burocracia.

E aqui gostaria de levantar outro ponto que muito me inquieta: como sustentar a clínica da terapia ocupacional, que se pauta no fazer cotidiano, onde é necessário acompanhar os processos que ocorrem junto ao sujeito? Como garantir que isso se dê em tempos de supervalorização de modos hegemônicos no fazer saúde (mental), diante da rigidez institucional e de alta cobrança por produtividade em recorde de tempo posta em um sistema de saúde pública cada vez mais entregue à iniciativa privada, gerido por grandes empresas que referem estar fazendo cuidado? Percebo por meio da experiência cotidiana que um dos nossos principais recursos terapêuticos está em xeque e que a afirmação e discussão sobre outros modos de produzir cuidado emancipatório não se cessará.



Figura 2 - Maria puxando fios e escolhendo quais pertences ainda lhe cabiam, 2021. Foto: Cristhian Schieck. Fonte: arquivo pessoal.

4.3 O arriscar

Lurdes esteve “em crise” e passou pelo acolhimento integral no CAPS por algum tempo – cerca de um mês, onde em diversas situações evidenciou-se o quanto sua crise estava atrelada à sua existência complexa e que colocava o serviço que a cuidava “em crise” junto dela. Tentávamos de diferentes maneiras e nenhuma dava contorno. Questionamos: quem está em crise, a usuária do serviço, o próprio serviço ou ambos? A desorganização parecia estar atrelada ao existir complexo junto das relações afetivas fragilizadas - o companheiro, os familiares, a ausência da mãe que faleceu e a casa, herdada da mãe e ameaçada pela relação conflituosa com as irmãs. (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991)

Em meio à delicada situação, o companheiro de Lurdes recebe a informação de que ela deveria fazer a “prova de vida” do INSS para continuar recebendo o benefício. Lurdes é uma mulher de 70 anos, branca, com os cabelos pintados de castanho escuro e as raízes brancas, à mostra. Gosta de usar vestidos floridos e aparenta ser muito mais jovem. Ela mora com o companheiro, com quem vive a 20 anos na casa que era de sua mãe, em uma pequena vila localizada em uma das fronteiras da cidade. Lurdes é muito apegada à casa. Há muitos anos faz acompanhamento em saúde mental e segundo relato das irmãs: “*desde menina sempre deu trabalho*”. Passou por diversas internações em hospitais psiquiátricos no decorrer da vida, e, hoje, é acompanhada no CAPS de referência para a sua região. Ela havia solicitado deixar o acolhimento integral para retornar à sua casa e apostamos juntos em seu retorno para casa como algo terapêutico.

Naquele dia, fomos à sua casa para irmos juntos ao Poupatempo⁶ mais próximo para re-fazermos seu RG, documentação necessária para a “prova de vida”. O companheiro de Lurdes nos recebe em casa e Lurdes, ao nos ver, fala em tom afirmativo: “*não vou voltar pro CAPS*”, “*não quero sair da minha casa*”, “*não quero ser internada!*”. Eu e minha colega nos olhamos e fizemos rapidamente uma conversa com Lurdes sobre qual era o propósito de estarmos ali e o quanto era importante irmos no horário agendado e fazermos o RG no Poupatempo, considerando que o benefício de Lurdes é a única renda que o casal possui. Lurdes demonstra-se resistente; suas

⁶ O Programa Poupatempo foi implantado em 1997 para facilitar o acesso do cidadão às informações e serviços públicos. O programa reúne em um único local 400 órgãos e empresas prestadoras de serviços de natureza pública.

irmãs fazem vista grossa e falam: “*não tem querer ou não querer, você vai sim!*” O companheiro de Lurdes tenta outro manejo: “*Vai precisar ir para o Poupatempo, porque se não vão cortar o benefício. Vamos passar fome.*” Conseguimos que Lurdes aceitasse ir e entrasse no carro do CAPS.

O carro é um pálio, um tanto apertado para 05 pessoas. Minha colega vai na frente com o motorista, eu, o companheiro da mulher vamos nas laterais traseiras e ela no banco do meio, devido avaliarmos risco de poder tentar pular com o carro em movimento. Vou praticamente abraçado com Lurdes durante o caminho, dado o espaço existente. Vamos conversando durante o trajeto. Pegamos um pouco de trânsito, pois o trajeto é pela marginal tietê em uma calorosa quarta-feira à tarde. No caminho, entre o anda-e-para, anda-e-para, Lurdes fala: “*Eu não vou mais voltar para dormir no CAPS, eu tenho minha casa*”. Afirmamos novamente: “*hoje só vamos te acompanhar para fazer o RG e depois vamos levar vocês de volta para sua casa. A gente entende também que neste momento não é preciso estar no CAPS e em acolhimento integral*”. Chegamos ao Poupatempo.

É um prédio grande e lá funcionam vários serviços, passam muitas pessoas. Numa parte, há balcões de atendimento, centenas de mesas para atendimento rápido para fazer RG/documentos. Ao entrar nos diversos corredores, no fim de um deles, há consultórios com médicos fazendo exames para tirar a carteira de habilitação. Lurdes entra no prédio e, em meio à multidão, passa a agir diferente: seus olhos ficam grandes, estagnados. Percebo-a mais inquieta, passa a repetir as mesmas frases e começa a andar rápido por um longo corredor central. Vai reto nos consultórios médicos localizados no fim desse longo corredor, falando em alto e bom tom: “*buceta, buceta, buceta, buceta*”. “*Eu vim fazer exame de buceta!*”. Fico envergonhado e um tanto vermelho com a situação. As pessoas se desorientam, paralisam, levantam-se para olhar o que está acontecendo e percebo que diferentes olhares nos fitam, vindos de todas as direções, distribuindo os mais diferentes afetos. Eu e minha colega estamos juntos com Lurdes tentando acalmá-la, enquanto seu companheiro tenta falar com uma das atendentes responsáveis em fazer o RG nas mesinhas. Lurdes não responde às nossas tentativas de intervenção. Entra depressa em um dos consultórios em meio à uma consulta oftalmológica. Todos paralisam e ficam sem entender. O médico deixa a sala e diz “*mas o que é isso? Que saco! Não dá nem pra trabalhar em paz*”. Tento explicar para o profissional o que está acontecendo e, ao mesmo tempo, falo com Lurdes, explicando que hoje não passará em consulta ginecológica, que

estamos ali com outro propósito: fazer seu RG para provar ao INSS que está viva. Lurdes invade outro consultório e a partir disso, os Médicos passam a fechar as portas em sua cara. Enxergo um conjunto de cadeiras em frente aos consultórios. Sugiro nos sentarmos ali e conversarmos. Preciso fazer uma continência de espaço e direcionamento com o corpo – ficando em frente a Lurdes, pois ela não responde sem querer entrar nos consultórios para fazer exame. Lurdes retorna a andar rápido para a frente do Poupatempo, depois volta aos fundos, em direção aos consultórios – e enquanto isso, já é sua vez de ir à mesa para coletar as digitais. Lurdes volta a tentar entrar nos consultórios novamente. Não consegue e então se joga no chão na ‘sala de espera’ em frente dos mesmos consultórios. Ela fica ao centro-fundo do Poupatempo, visível para a maioria das pessoas que lá estavam. Seguimos olhados por diferentes olhares e expressões. Algumas pessoas dão risada, debocham da situação. Já estou impaciente e nervoso com a situação. Um trabalhador do Poupatempo, provavelmente sem formação na saúde, nos acolhe, enquanto os outros profissionais da saúde que ali trabalhavam somente fecham a porta em nossa cara, fingindo não ser com eles. O trabalhador tenta falar com Lurdes, fala para que servem os consultórios e que o que ela precisa se dá nas ‘mesinhas’. Ele organiza para que Lurdes possa passar como prioridade, diante da situação. É alguém bastante calmo e tranquilo, com bom apoio à situação. Tentamos mais algumas vezes e nada. Lurdes mantém-se irredutível. Propomos então remarcar ou fazer a coleta a domicílio e irmos embora. Lurdes responde: “*vamos embora, então. Vamos embora, então!!*” Frustração, impotência e a consciência de que Lurdes só tem o benefício para sobreviver e poderá perdê-lo sem nem ter escolhido diretamente isso. Essa é também uma camada da vida das pessoas com sofrimento psíquico persistente. Esse é o sentimento de um trabalhador de um Centro de Atenção Psicossocial quando tudo está planejado e o objetivo não se conclui.

Voltamos ao carro, nos organizamos para ir embora e, no caminho de retorno para a casa de Lurdes, seguimos conversando sobre o quanto estávamos frustrados e o quão importante seria aquele momento que acabamos perdendo. Desatamos a falar sobre os prejuízos de não assinar/receber o benefício, única renda para subsistência da casa. O clima é de tensão. Algum intervalo em silêncio e propomos voltar lá, caso Lurdes mude de ideia e aceite assinar. Ela deixa de nos contrariar e fala: “*Eu assino então. Eu assino então. Eu assino então!!*”. Já estávamos um tanto longe, mas arriscamos voltar ao prédio do Poupatempo. Na porta, um alto número de

peças entrando e saindo do prédio. Combino com minha colega de aguardarmos fora, pois entendi que o grande número de pessoas em circulação possa ter desorganizado Lurdes e que algo mais concreto, poderia ajudar a ser mais direto (mesa/assinatura/coleta de digitais). Enquanto aguardo com Lurdes do lado de fora, percebo Lurdes tentar entrar no Poupatempo falando sobre consulta novamente. Falo que entendo que talvez ela esteja precisando passar no médico ginecologista e que podemos providenciar isso na unidade de saúde próxima à sua casa, mas que hoje estamos ali para fazer somente seu RG. Passam - lentamente - cerca de 15 minutos e então o companheiro da mulher vem nos chamar para irmos diretamente a uma mesinha para realização dos procedimentos. Mais momentos de tensão. Lá fomos nós novamente. Lurdes entra caminhando rápido e sem muita escuta, novamente. Localizamos a mesa e então a acompanhamos até lá, ficando junto com Lurdes em todas as etapas. Havia dificuldade para tirar foto 3x4. Para nossa sorte, o atendente está calmo e tranquilo. Eu estou bastante ansioso com a situação. Enquanto não finalizamos, sinto que não estou autorizado a respirar. Precisa tirar nova foto. Tira-se outra. O atendente mostra para Lurdes, a qual desdenha. Inexpressiva. Hora de assinar. Lurdes olha para o papel, minutos de tensão no ar. Eis que, após seu companheiro falar “*escreve seu nome*”, Lurdes pega a caneta e assina o papel. Respiro, comemoro internamente. “*Ainda faltam as digitais e mais uma assinatura para finalizar*”, diz o atendente. Coleta-se dedo por dedo, com bastante tranquilidade. A cada sequência de procedimento (foto/assinatura/coleta de digitais), Lurdes tenta levantar-se para sair. Conversamos que ainda não terminou, mas que está quase, que será rápido. Coletam-se todas as digitais. Hora de aguardar a impressão do papel final a ser assinado. Minutos finais de tensão. Lurdes olha para o papel entregue pelo atendente. Não esboça reação. Seu companheiro fala novamente “*escreve seu nome*”, “*só precisa assinar mais esse*”, “*essa é a autorização para imprimir novo RG*”. Ressabiada, Lurdes lentamente pega a caneta, para. Passam-se uns segundos e então assina seu nome. Assina torto, mas o atendente valida. Olho para minha colega e fico emocionado. Respiro. Respiramos. Hora de voltar para casa. Pelo adiantar da hora, o motorista do CAPS não pode mais levar Lurdes até em casa. Era dia de rodízio. Combinamos de Lurdes ir para casa com seu companheiro de ônibus e os deixamos no ponto de ônibus.

É comum entendermos por “situação de crise” algum momento que nos foge ao “controle”, algo que se sobressai às regras e bordas estabelecidas por um determinado grupo de pessoas que habitam um ambiente, inseridos em um tempo histórico. Também pode haver o entendimento de que situações de crise são situações agudas, em que as respostas do indivíduo fogem à sua consciência e voluntariedade, borrando as fronteiras e os limites. A crise, em certa medida, pode ser compreendida como a expressividade daquilo que é ou está insuportável.

A partir do século XVI, construiu-se uma errônea identidade social sobre o louco: o sujeito desprovido da razão que sempre produz sensação de alerta ao socius por representar perigo para quem está próximo. Pensou-se então um lugar para esses sujeitos e a sua loucura, restringindo seu direito de viver em sociedade, e depositando-os nos manicômios, espaços de grande violação de direitos básicos, inclusive comparados aos campos de concentração do nazismo, dadas suas características similares. Por muitos séculos, entendeu-se que cuidado era o mesmo que dominação, reduzindo a ideia do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico a práticas de dominação sobre esses sujeitos, fossem essas práticas de dominação exercidas pelo espaço físico, fossem por dominação química através da prescrição de medicações psicotrópicas em excesso. Pouco se olhou para os reais fatores que produziam as existências em crise. A preocupação coletiva e, mais ainda, o aparato médico psiquiátrico estava voltado a classificar, por meio de diagnósticos psiquiátricos, para então restringir espaços e relações dessas pessoas, destituindo-as do direito da livre circulação na sociedade (KATZ, 1995; LIMA, 2003; NICÁCIO, 2003).

Importantes e exitosas experiências no campo da saúde mental aconteceram na metade do século XX em diante e apresentaram ao mundo novas formas de cuidar e se relacionar com pessoas que existem em crise, que habitam o mundo com sofrimento psíquico persistente, sustentando a possibilidade de cuidado fora dos manicômios, na relação com a cidade, em liberdade. Os CAPS são dispositivos clínicos que foram construídos para acompanhar a vida de pessoas com sofrimento psíquico intenso em diferentes momentos e contextos, nas proximidades da sua casa, em seu território existencial, na circulação e diálogo com a cidade. A clínica do CAPS é pensada para ser realizada na cidade, com os elementos que fazem parte da existência da pessoa que lá é acompanhada, incluindo a sustentação compartilhada da existência em crise na relação com o mundo. Foram construídos e estruturados,

sobretudo, para estar junto a elas também nos chamados “momentos de crise”, evitando assim as abruptas interações e todas as complexas situações de violações que vem junto delas, muito conhecidas e marcadas na história da atenção à saúde mental da população brasileira. É a partir do cuidado realizado através do CAPS que acompanhamos Lurdes e outras pessoas em suas andanças pelas ruas ou lugares que lhe são importantes e necessários à presença no seu mundo a cada dia, onde com o passar do tempo os lugares, bem como as questões que emergem nas vivências se atualizam, prosseguindo a vida e o acompanhamento da vida em vez da doença. (DELL’ACQUA, MEZZINA, 1991; FIORATI, 2006; GODINHO, 2019).

Ao mencionar a clínica do CAPS, a tomada de responsabilidade, o diálogo com a cidade, estou dizendo que é necessário sair do dentro, do prédio do CAPS, e irmos até a casa de Lurdes com o carro do serviço, entendendo ser também nossa responsabilidade e parte do cuidado da mulher a ida ao Poupatempo. Conversamos com ela, com seu companheiro e com suas irmãs orientando sobre a importância de ir até fazer “a prova de vida” para que seguisse recebendo o seu um salário-mínimo, com o qual sobrevivem ela e o companheiro naquele aperto cotidiano que viver em uma cidade tão cara impõem. Precisou-se retomar a confiança de Lurdes, pois, ao nos enxergar, ela diz “*não voltar pro Caps, não*”, lembrando-se que ali permaneceu em acolhimento integral por um mês e não gostaria de sair da sua casa novamente, ainda que para cuidar-se. Contamos com o suporte e o apoio dos familiares que ali estavam e também entendiam a intenção da ida. Seu companheiro nos pedia ajuda. Foi preciso ouvir Lurdes para desmistificarmos juntos algumas construções ali elucubradas por ela. Lurdes confiou novamente em nós, pessoas que a acompanham; juntos dividimos muitas vivências ao longo desse tempo. Aqui se estabeleceu uma relação de confiança mútua, um dos recursos mais ricos da clínica do CAPS. Como partes subjetivas de um contrato, juntos, lá fomos nós. O cuidado em saúde mental se dá a partir de contratos, combinados, negociações. E assim como com Lurdes, nesse trabalho de relações que precisa da confiança mútua para acontecer, apresentam-se diferentes níveis de confiança em cada encontro de pessoas ao longo do acompanhamento. Confiança que pode ser colocada rapidamente em xeque e que leva tempo para se refazer, produzindo marcas em ambas as partes (DELL’ACQUA, MEZZINA, 1991).

Um contraponto à clínica que permite vivências como a do Poupatempo com Lurdes, em que a instituição, na figura de pessoas, move-se pelas ruas da cidade

junto de quem lá faz acompanhamento, as internações trazem consigo a ideia de levar as pessoas em crise para a clausura, para fora da sociedade, de retirá-las de circulação por longos períodos. Pessoas que vivenciam um processo de internação experimentam também rupturas na relação com seu ambiente cotidiano, ao serem retiradas daquilo que lhe é mais próprio, o ambiente onde e com quem a vida acontece. Se olharmos para a narrativa de Lurdes, entenderíamos o quanto não “ficaria bem” internada em um hospital, onde a oferta de cuidado ainda é direcionada para a remissão de sintomas psicopatológicos. Esse tipo de “cuidado” produz uma versão de Lurdes que, assim como nós, seria adepta às regras, uma Lurdes que não gritasse “buceta, buceta, buceta” no interior de uma instituição lotada como o Poupatempo, ou ainda, que fizesse uso de medicações psicotrópicas, muitas vezes um uso excessivo, comprimindo características essenciais da existência de Lurdes, uma senhora de 70 anos que não vê problema em gritar “buceta” em público. As internações, assim como a própria psiquiatria e as medicações psicotrópicas podem ser também armas letais contra a subjetividade, contra a heterogeneidade do existir, uma vez que seus bons resultados podem ir de encontro à normatização, à padronização da vida. A crise é Lurdes gritando “buceta” em público aos 70 anos ou a crise sou eu e os demais jovens que lá se desconsertavam diante da forma em que Lurdes se apresentava, destoando da norma? É preciso refletir e agir sobre como nos relacionamos com a heterogeneidade do existir, um modo de relação particionado entre “anormal” e “normal”.

Em nosso cotidiano de trabalho, o arriscar está sempre presente, pois os elementos que compõem a experiência são vivos e tendem a se transformar de um momento para outro, produzindo ora alegres surpresas, ora difíceis frustrações. No dia em que acompanhamos Lurdes ao Poupatempo, experimentei diferentes estados em uma mesma ação: estive um tanto ansioso antes de irmos, estive calmo e feliz por estarmos acompanhando Lurdes em algo que eu sabia que era estrutural e de suma importância em seu cotidiano – a renda atrelada à sobrevivência, à compra de itens essenciais tal como arroz, feijão, carne, entre outras coisas, bem como para cobrir todas as demais despesas da casa. Também estive nervoso, bravo, frustrado por não termos conseguido manejar a situação na primeira tentativa, tendo precisado retornar para o carro com a ideia de irmos para casa sem termos conseguido concluir aquilo que nos propomos, ou seja, derrotados. No carro, durante a conversa com Lurdes, me percebo tenso, clima de tensão que se estendia para todo o pequeno ambiente do

carro e aos seus ocupantes. Posteriormente, me percebi novamente ansioso e bastante apreensivo com a proposta de voltarmos ao Poupatempo e também por mudarmos a estratégia – nos dividimos e organizamos previamente com os trabalhadores do Poupatempo para que Lurdes fosse direto às mesas de atendimento, às pressas.

No lado de fora do Poupatempo, enquanto esperava os longos e demorados quinze minutos com Lurdes, me sentia bastante preocupado e ansioso com a nova tentativa. Experimentei uma sensação de alívio sem igual após termos concluído a ação, onde a emoção em alegria se misturava com o pensamento de “ufa, essa foi por pouco”. Também refleti sobre o quanto após essa ação, eu ainda atenderia outras pessoas no CAPS e então precisava estar “recomposto” para ofertar atendimento às pessoas que havia marcado, ou seja, a necessidade de um cuidado comigo mesmo para retornar ao CAPS e dar prosseguimento à jornada de trabalho, mesmo após tantas oscilações e sensações experimentadas com Lurdes. Quando lemos nos textos que a clínica é corporal, que se dá no encontro e de uma maneira complexa experimenta-se muitas minúcias imbricadas nessas poucas palavras, tal como as citadas anteriormente nesse parágrafo.

Como trabalhadores de um serviço público territorial de saúde mental, acompanhamos de perto os processos que acontecem na vida das pessoas pelas diferentes perspectivas. Dentre elas, escolhi duas que são de grande valor e presença nas práticas cotidianas de serviços públicos de saúde mental: *a tomada de responsabilidade e o acompanhamento terapêutico*. Por meio dessas duas práticas, que podem operar de forma dialética, nos lançamos em diferentes espaços para viver o inesperado com pessoas que possuem baixo poder contratual, ficando à margem da sociedade. Juntos, circularmos pela cidade com objetivo da possível re-articulação entre sujeito que sofre e circuito social existencial que possibilite (r)estabelecer as trocas com a comunidade à sua maneira, com o que se tem de recursos, ampliando-os por meio do arriscar cotidiano. Essas experiências permitem que a comunidade também se abra para a diferença, que se produzam fendas na dicotomia normal-anormal, produzindo, por meio da presença, resistência de existências diferenciáveis dividindo espaços. Crise e diferença caminham lado a lado diante de uma sociedade que se encontra em crise contínua, movimentada pelo consumo desenfreado de recursos na busca incessante pelo reconhecimento de normalidade e que não se olha no processo (DELL’ACQUA, MEZZINA, 1991; LIMA, 2003; GODINHO, 2019).

Quando afirmo que trabalhar no campo da saúde mental é também realizar um trabalho com a sociedade, discutindo o que é loucura, saúde mental, periculosidade, normal, patológico, o que é norma, o que é medicalização da vida, acredito que nem sempre esse diálogo se dá pelo verbal. Estar junto com as pessoas que recebem uma marca ou estigma pelo sofrimento psíquico agravado é também a possibilidade de fazer isso por meio do experimentar, em ato. Na situação do Poupatempo, ainda que muito rápido, a existência de Lurdes, ali naquele local, produziu algo nas pessoas que também vivenciaram aquele momento coletivamente. Elas também levaram consigo a experiência do Poupatempo com Lurdes. Talvez algumas pessoas não tenham entendido nada, outras riram, algumas podem ter experimentado o medo, o assustar-se, enfim, diferentes (subjetivas) sensações e percepções diante de uma cena coletiva. Reforço que muitas pessoas ali enxergaram Lurdes, entenderam que foi possível ouvi-la, ainda que aos gritos, entender que havia um limite e que, ao ouvir Lurdes, era preciso restabelecer a metodologia, o modo de estar, a presença possível ali para Lurdes. As práticas psicossociais realizadas pelos CAPS na sociedade também são momentos didáticos, que podem produzir diálogo e reflexão por se darem com a população, onde a vida de quem não tem um diagnóstico psiquiátrico também acontece, reafirmando que todas as vidas precisam acontecer, cada uma à sua maneira, mas na presença individual e coletiva, dividindo o espaço do Poupatempo, dos bancos, das unidades de saúde, dos mercados, entre outros ambientes que são necessários à vida cotidiana.

A tomada de responsabilidade pelas equipes de serviço de saúde mental não tem lugar definido para acontecer. Trata-se do entendimento de que é necessário conhecer as diversas formas e momentos das pessoas que sofrem naquele território de referência, possibilitando que não sejam olhadas somente a partir das situações de crise ou em situações de emergência, e realizadas práticas de acompanhamento. Essas práticas se constroem no encontro, nas necessidades observadas pela equipe ou nas demandas trazidas pela pessoa que é acompanhada. É a partir da relação tecida ao longo do acompanhamento, em movimento, com combinados firmados entre profissionais da equipe e pessoas acompanhadas, que o prosseguimento da vida e dos projetos terapêuticos construídos coletivamente se dão. É ao estar perto e acompanhar a rede de relações das pessoas que passamos a também fazer parte, construindo uma relação de reciprocidade que possa borrar as paredes do CAPS, possibilitando a companhia, o mútuo acompanhamento em espaços institucionais e

não institucionais, ou seja, espaços que são importantes para a pessoa acompanhada. A partir dessa prática, é possível a construção de relações de cumplicidade e confiança entre profissionais de referência do serviço de saúde mental e pessoa acompanhada, construindo um lugar físico de referência que se amplia para diferentes lugares físicos com significado para a pessoa. Ao fazer isso, coloca-se o serviço de saúde mental não como produtor de rompimento das relações com a sociedade, mas sim como ponte, como recurso confiável enquanto for necessário, através de constantes atos terapêuticos que potencializam a identidade da pessoa acompanhada, dando contorno às rupturas produzidas nas relações antes daquele delicado momento de crise (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).



Figura 3 - Eu e minha colega em visita à Lourdes, antes da ida ao Poupatempo, 2020. Foto: Cristhian Schieck. Fonte: arquivo pessoal.

4.4 O começo de uma longa história...

Gemma chega ao serviço trazida pela assistente social de um albergue da Zona Oeste de São Paulo (atende 5), dizendo que ela está em crise, que durante o almoço

apresentou sintomas de alguém em crise, dizendo que haviam envenenado sua comida. Era uma sexta-feira, passava do meio dia. Tratava-se de uma mulher grande, imponente, larga e alta, com cabelos bem curtos, cor caramelo – loiro escuro? Ao chegar, Gemma deita-se no chão do serviço, permanecendo atravessada na frente da porta de entrada do CAPS. Não a conhecíamos e não havia cadastro no CAPS. Pedimos que se levantasse para que pudéssemos atendê-la com mais conforto, mas nada aconteceu. Ao tentarmos uma aproximação, ela não permite. Tenta chutar ou morder, defender-se, talvez. Não deixa que ninguém toque o seu corpo. Só aceita contato mais tarde. Não temos muitas informações sobre essa mulher. A equipe da assistência social que a trouxe fala que tudo o que sabem é que tem 66 anos, já fez tratamento para câncer de mama no Instituto do Câncer do estado de São Paulo e trata as pessoas de forma bastante estúpida. Tem família, mas não aceita contato com ela – seus pais já faleceram, restando dois irmãos que são pessoas bastante influentes no mercado paulistano, com bom poder aquisitivo, mas não podia contar com eles. Primeiro, só aceita falar com o médico, recusando o restante da equipe; é atendida por ele em conjunto com alguns dos profissionais que compõem a equipe na sexta-feira à tarde. Com o passar do tempo, consegue falar um pouco sobre o que está se passando. Não aceitava falar sobre sua história de vida. Com poucas palavras, contou que estava sem as suas medicações – benzodiazepínicos -, dos quais faz uso há muitos e muitos anos, tratando-se de uma possível crise de abstinência. Tínhamos poucas informações e precisávamos discutir em equipe sobre a possibilidade de ofertar um acolhimento integral para a mulher. Colocamos diversos pontos de vista sobre a complexa situação com quem estava presente naquela tarde. Discutimos sobre o quanto era difícil acolher assim, diretamente, sem conhecer melhor a usuária, e se estava tão desorganizada, talvez fosse uma possibilidade levá-la ao pronto socorro de referência para uma primeira avaliação psiquiátrica e clínica. Pedimos para a assistente social que seguisse trazendo-a para acolhimento diurno – ela permaneceria no serviço de dia e retornaria ao albergue à noite, possibilitando que convivêssemos e trocássemos mais, ampliando também o vínculo.

Passou o sábado, o domingo e somente na segunda-feira Gemma foi ao serviço. Segunda-feira à tarde é o momento de reunião de miniequipe, que reúne mais ou menos 20 pessoas; nela, conversamos sobre todos os acolhimentos de pessoas que residem em nosso território de referência. É também nesse momento que nomeamos os profissionais que ficarão como referência para a pessoa que chega ao

serviço, como também para todas as muitas articulações necessárias a cada ‘caso’. É chegada a vez de Gemma, onde conta-se o pouco do que se sabe e também as diferentes impressões sobre a mulher. Há um hiato traduzido pela palavra silêncio que é corriqueiro, em seguida se coloca a grande questão: “quem quer ser referência da fulana de tal?” Após um longo e angustiante silêncio, definimos que eu seria uma das suas referências, juntamente com outros dois colegas.

No dia seguinte, era reunião geral de equipe, quando se reúnem todos os profissionais do serviço. Naquela terça-feira, propusemos discutir o caso de Gemma e construir em equipe a possibilidade de ela estar conosco em acolhimento integral. A equipe se divide em meio às discussões, ganha grande repercussão a questão sobre Gemma ser ou não ser um caso para acompanhar em CAPS. Ouvindo as falas inquieto, me pergunto baixinho: “por que não seria aqui também um de seus espaços?” Silêncio na sala por alguns minutos e muitas trocas de olhares nesse intervalo. É tempo de pensar. Ou de calar-se? Tenho dificuldade com o silêncio, pois acredito que ele também diz algo. Tento trazer para discussão os elementos apresentados e que nos fazem querer fechar as portas para ela e também me posicionar enquanto profissional que entende que “é, sim, um caso para CAPS”, explicando que sua inserção para acompanhamento tem a ver com as relações, com um funcionamento que é disruptivo nas relações, não lhe permitindo estar e permanecer nos espaços que exigem sociabilidade, produzindo isolamento social, disfuncionalidade, inúmeras perdas e angústia. Gemma estava em um dispositivo da assistência social e assim que a acolhemos no CAPS, a assistência social coloca que a entrada de Gemma está “restrita” em todos os albergues da assistência social da Zona Oeste, uma ordem vinda da coordenadora da assistência social da região. Foi um caos. Fazia poucos meses que o CAPS havia se tornado III, tendo a possibilidade de acolher pessoas no interior do serviço para acompanhamento integral das situações de crise. Eu e outros tantos éramos novos ali, e os mais antigos eram novos nesse CAPS III.

Aos poucos, entre uma conversa e outra, fomos conseguindo pedaços da história de vida de Gemma. Formada em Biologia na USP, ela diz ter sido bióloga marinha por muitos anos, especializando-se na criação de novas espécies de mexilhões, ostras e camarões em diferentes cidades da costa brasileira, indo do Nordeste ao Sul. Gemma conta que uma de suas atividades prediletas era a natação. Conta-me que é descendente de italianos, de uma família muito rígida em relação à

tradição italiana, que migrou para São Paulo, e conquistou uma vida de alto padrão sócio-econômico. Vivia em um casarão na região do Campo Limpo, quando a cidade de São Paulo ainda era composta por fazendas. Fala sobre ter experimentado a vivência de um câncer de mama em 2012, quando ainda morava em Ilhabela. Diz que lá foi sua última morada digna, e que vinha para São Paulo semanalmente para fazer tratamento oncológico no ICESP. Foi despejada de sua casa, pois, por causa do câncer, não conseguiu mais trabalhar e, portanto, não pode mais manter o padrão de vida que tinha. E também porque precisava do corpo para trabalhar e este corpo estava prejudicado. Atualmente, está em situação de rua e sua única renda é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário-mínimo. É alguém bastante inteligente e com boa argumentação, sobretudo quando deseja alguma coisa, elegendo determinadas pessoas para fazer demandas, de acordo com a possibilidade maior de essas pessoas aceitarem. Encontra brechas que a equipe vai deixando ao longo do seu fazer e faz bom uso (para si) disso. Sua grande questão são as relações e o permanecer relacionando-se com as pessoas continuamente. Gemma costuma relacionar-se a partir do interesse e de algum ganho particular, portanto os espaços onde está e as pessoas com quem se relaciona têm prazo de validade. Por exemplo: ir ao banco receber, ligar de pensão em pensão para encontrar alguma para morar, entre outras coisas... Gruda nas pessoas que topam fazer coisas para ela e norteia o seu comportamento a partir do “sim” ou do “não” para as subversões que colocava para a equipe. Não suporta regras e um grande trabalho da equipe, nesse primeiro momento, é construir com Gemma o que era possível naquele serviço e o que não era possível. Ela sempre fala a partir de um outro lugar, da “nonna superior”, “dona do saber e da razão”, como ficou conhecida pelas outras pessoas que frequentam aquele serviço. Em suas falas, sempre desqualifica todos que frequentam aquele serviço de saúde mental. O modo como trata as pessoas varia de acordo com aquilo em que está interessada. Gemma não nos chama para fazer junto, mas para fazer *por ela* e isso é algo que traz grande frustração e irritação para a equipe. Um ponto terapêutico com Gemma diz respeito a quanto algumas questões precisam ser devolvidas a ela, ainda que ela faça pouco caso: seu modo de existir produz efeitos para si, mas também para as pessoas com quem está em relação, ou seja, um coletivo que estabelece limites. Gemma não consegue enxergar-se como parte de um coletivo e muito menos que o coletivo tem um limite, coloca-se como única, como alguém que se diferencia e, portanto, merece um acompanhamento diferenciado, único, que

produz fendas na relação com a instituição e com os profissionais. Ela é alguém absolutamente sedutora, que persuade a equipe com sua inteligência e incansáveis tentativas de cavar a razão diante de “*as coisas que estavam erradas no CAPS*”. Portanto, qual seria o problema de ocorrer ali, naquele rápido e particular momento, mais uma indulgência? Assim, Gemma esparrama-se pelo serviço e à sua maneira. Como referência, eu sentia que havia uma cobrança no ar, um pedido do restante da equipe, ainda que de forma velada, para que ela fosse punida, banida, que repetíssemos enquanto serviço de saúde mental a mesma coisa que todos os outros espaços faziam. Demorou até construir com a equipe que essa era a terapêutica chave das necessidades trazidas pela mulher. Ainda assim, essa construção é parcial e a permanência de Gemma no serviço faz aparecer as muitas crises da instituição. Misturam-se com a clínica psicossocial valores morais, religiosos, punitivistas, de senso comum. Diariamente, é uma labuta produzir discussões sobre essas questões. O tempo passa e entendemos que há um longo e árduo trabalho a ser feito com ela e que isso somente seria possível se Gemma também topasse viver isso conosco, pois se trata de estar em relação. Olhar para a sua pobre e precária realidade é dolorido, olhar-se diante das faltas, habitando hotéis mequetrefes, os quais chamam “prostíbulos”, “puteiros” ou ainda, os precários albergues públicos, onde entende que está a “dormir empilhada com bandidos, com nóias, correndo risco” e mesmo lá, nesses lugares tão ruins, “a pobre senhora, a velhaca” acaba por ter sua presença restrita ao produzir relações de ódio com as equipes ou pessoas com quem dividia o espaço. Relações de hierarquia. Gemma era uma outra instituição e queria manter-se no topo a todo custo. Era como se fosse parte da equipe dos dispositivos. Ao ter sua presença restrita mais uma vez, ao invés de habitar as ruas como muitos de nossos outros usuários precisam fazer – Gemma não o fazia, colocava-se como “coitada”, buscando cavar “pena” nas pessoas, “implorava por ajuda, pelo amor de Deus”. E semana após semana, lá está ela em outro lugar, colocando-se novamente em relação até onde era possível responsabilizar-se e compartilhar o espaço, de onde novamente era “enxotada” ou “convidada a se retirar”, passando a perambular por diferentes bairros e dispositivos da cidade de São Paulo. Essa é uma das características existenciais da “nômade insuportável”. Procurava sempre um novo lugar com o que sobrou de uma vida onde sobrava tanto, e agora, o que sobra é somente uma “*carcaça*”, como ela mesma diz, “*uma carcaça com um câncer e que está definhando viva*”. Está em uma “*corrida contra o tempo*” e utiliza esse argumento

para que respondamos suas demandas com urgência e pressa, para que reparemos os efeitos que sua existência produz.

De nossa parte, entendíamos que suportar violência, gritos e pouca reflexão sobre si durante os atendimentos eram também construir um itinerário terapêutico, pouco a pouco...

4.5 Bordas

Eu e outras duas referências de Gemma, na figura do diálogo entre equipe e pessoa acompanhada, nos preparamos para mais um atendimento com a Nonna Italiana. Antes de realizar o atendimento, discutimos um pouco sobre o quão complexo é o caso, sobre o quão difícil são os atendimentos para nós. Trocávamos: “Gemma é alguém que ao darmos a mão, quer o braço”. Ao construirmos algo possível, funcional, ela nos engole e acaba tornando disfuncional, disruptivo, atua e apresenta um certo gozo sobre o caos que provoca. Essa é a imagem que se construiu para a equipe do CAPS, diante de seu modo de estar nas relações e no serviço. Sabemos que o momento na vida de Gemma é delicado e o quanto atendê-la produz raiva, angústia, cansaço. Era uma sexta-feira à noite e este era o último atendimento do dia e que antecede a entrada do “fim de semana”, portanto ainda antes do atendimento afinamos alguns pontos, nos acolhemos, respiramos fundo e em seguida vamos até seu quarto para atendê-la. Os atendimentos com Gemma pedem falas seguras, duras, que não permitem brechas, pois Gemma faz uso delas, atua nessas brechas para acessar o que deseja e corroer os combinados realizados com a equipe anteriormente, distorcendo falas, cenas e relações sem se colocar em questão. A “culpa” é sempre do outro! “*Fui expulsada de tal lugar, não me quiseram em tal lugar, não me deixaram fazer tal coisa.*”, acrescenta “*bando de irresponsáveis, seus burros, vocês não sabem nada de nada*”. Coloca-se sempre como vítima, passiva diante do mundo que desmorona sobre ela, quando, na verdade, fez grandes investimentos para que o mundo desmoronasse sobre si e seu entorno.

O objetivo desse atendimento é falarmos sobre a consulta com o oncologista que ocorreria na segunda-feira pela manhã e a organização que esse acontecimento pede ao serviço. Gemma está a um mês aguardando o retorno com o oncologista para

saber qual seu prognóstico sobre o Câncer de Mama. Não exita em afirmar: “*estou há mais de um ano esperando por esse dia! Pela retomada do meu acompanhamento desse câncer que voltou!*”, diz ansiosa e aflita pelo dia estar chegando. Gemma está no quarto do CAPS, em acolhimento integral, pela segunda vez. Assim como outras vezes, a equipe teve um trabalho exaustivo organizando um novo lugar para Gemma morar, e lá estava ela, mais uma vez em acolhimento integral e à procura de um novo lugar. O quarto do CAPS, onde se hospedava, é um lugar amplo, limpo, um quarto de uma casa grande, com um armário embutido, paredes de cor branca com detalhes em azul e uma grande janela. Há uma cama em cada canto do quarto, sendo três no total. É o “quarto das mulheres” ou “dormitório feminino”. Iniciamos o atendimento e Gemma diz: “*eu não tenho nada pra falar*”. Insistimos perguntando: “Como não há nada pra falar? Olha o quão ansiosa você está, o quão nervosa tem se demonstrado...” Gemma então diz “*só tenho o que falar sobre a medicação. Só teria que falar com o psiquiatra e não com vocês dois. Só quero falar sobre o meu lorazepam!*”. Falamos: “Aqui no CAPS nós trabalhamos em equipe. Discutimos a medicação entre equipe e construímos o cuidado com o usuário. E hoje viemos escutar você, Gemma! Viemos saber como você está em relação à importante consulta de segunda.” Gemma busca esquivar-se do assunto “responsabilização”, bem como de olhar para si; não se enxerga no processo e aponta sempre para “o outro”. Trazemos para a pauta: “estar em relação é isso, tem um tanto que é você, mas tem toda uma outra parte que é o outro, o coletivo. Isso é estar em relação. É você e o coletivo. Precisa haver diálogo entre um e outro para melhor construir o estar em relações!”. Dias antes, Gemma tinha se dirigido ao gerente do serviço, pedindo para escolher quem a acompanharia na consulta de segunda-feira. Conhecendo Gemma, o gerente também nos trouxe para a conversa e colocamos que ela poderia escolher uma pessoa, mas a outra nós iríamos escolher em reunião de equipe pelas questões burocráticas envolvidas e disponibilidade de agenda. Durante a reunião de equipe, tiramos com dificuldade o nome de uma pessoa para acompanhá-la, pois poucas pessoas da equipe se dispunham naquele momento. De volta ao atendimento, retomamos o combinado sobre quem iria acompanhá-la na consulta. O clima do atendimento, que já estava tenso, passa a ficar muito pior. Gemma não aceitou a pessoa sugerida, queria que fosse outra. O diálogo passa a acontecer aos berros. Gemma estufa o peito, aponta o dedo em minha cara e grita, esbravejando: “*Eu não sou próxima dela! Eu não quero que ela vá!*” “*Eu quero a outra fulana!!!*”, “*Essa fulana vai ficar pra fora, se ela for! Não*

vou deixar ela entrar!". Respiro fundo, olho para Gemma e digo *"havia um combinado e ele foi construído contigo. A fulana X foi um nome tirado em equipe, uma das poucas pessoas que se dispôs a te acompanhar"*. Em meio ao atendimento, Gemma vira-se para o lado de fora da roda, dando as costas para os profissionais. Contorce-se na cadeira. Pouco depois, levanta-se lentamente, vai ao banheiro, pega papel e retorna passados alguns lentos minutos. Achei que estivesse mais calma. Engano meu. Aos gritos, Gemma urra: *"Então tá decidido, né? Só vieram aqui me informar, né? Então é isso que vocês chamam de cuidado em liberdade, de construir junto?"* Pessoas da equipe vêm até o quarto e perguntam: *"está tudo bem?"*, *"Estão precisando de ajuda?"*. Sinalizamos que não com a cabeça. Sérios, tentamos prosseguir. Estávamos todos sentados próximos, Gemma em sua cama, eu ao seu lado, e outros dois colegas à nossa frente sentados em outras duas cadeiras, formando uma roda. Sentada na beira da cama, vira-se para a parede. Falamos sobre a necessidade de continuarmos o atendimento e que dessa forma não é possível, que é necessário que nos olhe, que se comunique. Gemma sussurra baixinho: *"eu não tenho nada pra falar com vocês!"*, *"desgraçados!"*, *"torturadores!"*. O clima está quente e então um colega de equipe, alguém de quem Gemma é muito próxima e que ouviu seus gritos, entra em meio ao atendimento, ela o abraça e chora ininterruptamente. Paira uma cena: os vilões atendendo-a e a pobre mocinha que grita por socorro. Há uma atuação evidente, um interesse outro que está presente nas constantes investidas em relações firmadas por Gemma, as quais estabelecem de acordo com seus interesses individuais, de acordo com o quanto lhe agrada o que essas pessoas lhe dizem, e se elas dizem sim para o que solicita. Geralmente suas solicitações dirigem-se a quebrar as regras e os combinados que foram feitos na sua entrada no acolhimento integral e reafirmados nos constantes atendimentos. Era comum ela esconder comida e outras coisas no dormitório, comprar medicações por telefone e não comunicar a equipe, guardando-as consigo. E assim, após longas e cansativas discussões coletivas, pactuações em reuniões de equipe, a equipe rompe-se, curva-se frente à sedução e triangulação proposta por Gemma nas entrelinhas, sobretudo para pessoas que ela escolhe a dedo para fazer esse uso – pessoas que não estão nas reuniões gerais, que não estão a par do que foi pactuado e que permitem uma outra relação, que corresponde aos seus pedidos. Voltando para a cena, ficamos assistindo Fulano de tal dizer: *na segunda, eu também vou com você*. Gemma pergunta: *você vai? Não estava sabendo!* Sorri e chora ao mesmo tempo. Fulano de tal entrega então um chocolate e diz: *"calma, vai*

ficar tudo bem". E sai do dormitório. Ficamos nós três e Gemma. Há um clima de ódio no ar. Pensamos: caramba, aí está a importância de todas as pessoas que exercem alguma função no CAPS participarem das discussões de caso e das reuniões. Dá-se uma pausa, respiramos fundo e então propomos: "*bem, vamos precisar ser práticos então. Você não quer falar sobre a medicação?*" Dramatizando bastante, aos trancos, Gemma para e fala com voz firme: "*De que adianta me perguntar, vocês vão fazer o que acharem melhor mesmo. Não sei por que perguntam!*" Finalizamos o atendimento questionando o aumento do antidepressivo para esse momento mais peculiar e tomado pela ansiedade e tristeza de Gemma. Enquanto o atendimento vai passando, vamos nos comunicando pelo olhar e com sincronia cada um fala de uma vez, faz o seu momento de investimento e reafirma o quanto Gemma precisa ser protagonista, sujeito ativo do seu cuidado. Gemma, aos gritos: "*Mas não é o que eu estou pedindo desde o começo? Qual a parte que você não entendeu? Você é surdo? Ta se fazendo de besta?*". Pontuamos sobre o quanto Gemma é desrespeitosa e é uma escolha sua não dialogar e não se olhar, portanto algumas coisas acabam sendo dessa forma. Finalizamos o atendimento. Nos despedimos dela e desejamos bom fim de semana e boa consulta na segunda. Gemma segue virada para a parede.

Saio do atendimento com uma sensação de tensão, com os músculos da região dos ombros e cervical duros, rígidos. Após o atendimento, conseguimos nos acolher e discutir o quanto "isso", naquele momento, foi possível com Gemma. Destacamos o quanto há uma terceirização da ação para nós profissionais e, conseqüentemente, da responsabilização pelo sucesso ou pelo fracasso da ação. E a partir disso, o quanto se abre palco para Gemma atuar e dramatizar na tentativa de cavar "pena" sobre si e seus processos. Gemma foi acompanhada pelo serviço por cerca de um ano. Saía mais uma vez do acolhimento integral e iria para uma pensão. Durante sua estada, íamos lá semanalmente atendê-la, bem como conversávamos com o dono da pensão e sua esposa que tinham dúvidas sobre Gemma e o papel do CAPS. Direcionamos as dúvidas para a própria moradora do local, sinalizando a possibilidade de diálogo direto com Gemma. Esse foi o lugar que Gemma mais tempo ficou. Foram cerca de três ou quatro semanas. Após esse tempo, a história se repete mais uma vez. Gemma é "despejada". O dono da pensão atrás de carro ao CAPS com todas as suas sacolas e diz que "*lá ela não volta mais*", pois "*causou muita confusão*". Acrescenta: "*não me procurem para alugar para ninguém mais do CAPS. Eu já tenho problemas demais pra lidar*". Gemma, por sua vez, apresenta com suas quatro sacolas, sentada em uma

cadeira na parte da frente do CAPS, com vista para a avenida. Aguardava ser atendida. Em sua postura corporal e discurso, volta a se fazer presente a pobre coitada despejada mais uma vez e que nos pedia para encontrarmos um novo lugar para ficar, “*só mais uma vez!!*”. Ao perguntarmos o que houve para ser despejada, silêncio absoluto e cara amarrada, fechadíssima. Parecia incomodada com a pergunta. Por ainda estar restrita nos centros de acolhida do território e já ter gasto seu dinheiro do mês, precisou ligar para o 156, central da prefeitura onde pedimos vagas nos albergues do município. Era tempo de esperar conseguirem uma vaga em algum centro de acolhimento da cidade. Passam-se horas e consegue uma vaga em centro de acolhida em um bairro localizado no outro lado da cidade, onde Gemma dá seguimento à sua história. Inicia acompanhamento em um outro CAPS, próximo de onde estava alojada. Encaminhamos um relatório sobre o seu acompanhamento em nosso serviço. Depois disso, não tivemos mais notícias de Gemma. Ela também não nos procurou mais.

A passagem de Gemma pelo serviço me remeteu a alguns pontos importantes como trabalhador de um serviço de saúde mental. Pontos que estão articulados ao processo de trabalho e, portanto, dizem respeito ao encontro com Gemma onde foi possível identificar e refletir, produzindo diversos aprendizados: Gemma não se apresentava de maneira passiva, enquanto um corpo “doente” e cabisbaixo. Ao contrário, era alguém que não se dobrava às regras da instituição; tinha as suas regras com convicção e as colocava em primeiro plano, independentemente da maneira, sobrepondo-se. Havia uma subjetividade que fazia resistência àquilo que entendemos ser das massas, do coletivo, para todos, ou seja, institucional. Outro ponto que a convivência com Gemma fez ecoar, foi sobre a relação possível construída com a equipe do serviço e o quão pode ser transformada, deslocada com o passar do tempo, da convivência, do vínculo. O lugar que ela ocupou para a equipe e o que a equipe ocupava para ela, tanto quanto na relação com o restante da rede - equipes da assistência social, pronto socorro, UBS - se modificou, na medida em que o vínculo se intensificou. Outra questão que pulsou foi sobre o que seria a desinstitucionalização hoje e o que foi possível desinstitucionalizar junto com Gemma. Também coube ao

encontro com ela a possibilidade de articulação entre dois conceitos e pontos de reflexão importante presentes neste trabalho e em minha jornada como trabalhador: a desinstitucionalização e o cotidiano. Ser Terapeuta Ocupacional é construir no cotidiano profissional práticas de desinstitucionalização junto com cotidianos outros que se borram, que se misturam a partir do encontro, do experimentar. Juntos, eu e a senhora que tinha dificuldade com as bordas, com os limites, com as regras, construímos por um tempo o que pode ser um desinstitucionalizar cotidiano com vistas ao prosseguimento da vida. Sem pensar em começo ou fim, foi nesse hiato que algo se construiu e ficou marcado em Gemma e em minha memória afetiva e profissional (ROTELLI, 1990; CASTRO, 2005; GALHEIGO, 2020; KANTORSKI, 2021).

Algumas situações que destacam a passagem de Gemma pelo CAPS, em um primeiro plano, estão relacionadas ao modo como ela se apresentou ao serviço e ao conjunto de relações que nele construiu. Diferente da maioria das outras pessoas acompanhadas pelo serviço de saúde mental, Gemma colocava a instituição na posição de xeque-mate em diversos momentos: produzia frustração nos trabalhadores quando combinava algo e fazia justamente o contrário do que foi combinado, havia situações em que não cumpria regras básicas de convivência em um espaço pensado para a troca. Gemma não era colaborativa tal qual isso se coloca no imaginário e na expectativa de muitos trabalhadores, como algo esperado, uma postura cabível de um usuário que está fragilizado e precisando do serviço de saúde mental. Gemma colocava-se resistente em vez de colaborativa com o seu acompanhamento, e isso produzia desânimo em muitos trabalhadores. Era ela quem dava as regras e a cada atendimento era um árduo processo de negociação, tal como apresentei na situação do atendimento dividida nesse texto anteriormente. Iniciava pelo fato de buscar dialogar somente com figuras de poder dentro da instituição ou que pudesse oferecer algo em que ela estivesse interessada. Uma mulher de negócios? Não raras foram às vezes em que disse que somente conversaria com os profissionais médicos ou com o gestor do dispositivo, onde entendia que partia de um outro lugar e, portanto, era merecedora de um outro tratamento. Gemma se comportava como a alta classe média paulistana. Afinal, esse jeitinho constituía sua identidade, apesar das tantas perdas materiais e nosso trabalho era trazê-la para a dura nova realidade. Tentávamos, mas ela produzia fendas no lugar comum de um usuário que realiza acompanhamento em CAPS ou de ser mais uma que lá se encontra solicitando suporte psicossocial (ROTELLI, 1990; SARACENO, 1999; LIMA, 2003; KANTORSKI, 2021).

Certo dia, Gemma chegou antes do horário no CAPS para um atendimento. Combinamos com ela de atendê-la em seguida, solicitando que aguardasse. Tempo depois, chegamos para atendê-la e ela não estava mais lá. Havia solicitado ao profissional da recepção que nos avisasse que tinha ido à padaria próxima ao CAPS enquanto estávamos ocupados e que logo retornaria. Retornou cerca de 30 minutos depois. É a padaria onde muitos profissionais almoçam e, no retorno de um desses profissionais, ele nos disse ter encontrado Gemma na padaria tomando umas cervejinhas. Estava nos aguardando na padaria, tomando cervejas. Em situações assim, fazíamos uso do humor como recurso terapêutico. O humor acolhia Gemma, mas também a nós mesmos, profissionais frustrados a cada nova situação. Havia pessoas que Gemma escolhia para ter intimidade, era possível construir uma relação de trocas sobre diversos outros assuntos de interesse, tal como a dura conjuntura política que vivemos hoje, e também havia momentos em que Gemma se negava a olhar para si, a fazer uso da medicação recomendada, a movimentar-se em vez de colocar um outro para fazê-lo, como era de praxe. Foi possível construir com ela que era necessária sua implicação e responsabilização - a relação construída com Gemma era de corresponsabilização e objetivava voltar a produzir autonomia com o que restou de suas perdas, fosse nas relações dentro ou fora do CAPS (SARACENO, 1999; LIMA, 2003; NICÁCIO, 2003; KANTORSKI, 2021).

Apresenta-se na atualidade algo de grande importância e que foi destacado há cerca de 50 anos por Franco Basaglia e pela Psiquiatria Democrática Italiana: o foco das intervenções sairia da doença, dos sintomas para passar a olharmos para o sujeito, para a relação construída com o sujeito. A questão de Gemma era relacional. Não há medicação que dê conta das relações, precisando eu, Gemma e o restante da equipe compreendermos isso por meio da intensa convivência. No cotidiano dos CAPS, que é um dispositivo relacional, coloca-se, a partir das vivências com Gemma, a *relação como sustentação da presença no espaço* e, portanto, do cuidado dela em saúde mental. Uma relação terapêutica potente, estabelecida entre terapeuta e usuário, precisa ser uma relação de reciprocidade, que permite trocas entre ambos e de forma horizontal. Não é terapêutica uma relação que coloca somente uma dessas pessoas como sujeito e objetifica, coisifica a outra - não permitindo ao sujeito em desvantagem colocar-se na relação transitando entre diferentes papéis e lugares sociais, para além da pessoa que tem sofrimento psíquico agravado; ou seja, que

permita que se estabeleça uma relação dialética⁷ com a equipe, tanto quanto com a sociedade (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990; SARACENO, 1999; NICÁCIO, 2003).

Gemma se negava a ocupar o papel de usuária dócil do serviço, o que produzia conflitos na divisão do espaço e na convivência com a equipe, uma vez que era preciso sinalizar e construir limites, (re)pactuar combinados, na medida em que ela rompia com eles. Isso dava trabalho. Como um rolo compressor, Gemma avançava no espaço da equipe, a equipe pontuava para ela e posteriormente para mim e as demais referências do caso, solicitando nas entrelinhas alguma (responsabiliz)ação, assim como a escola faz com filhos rebeldes. Foi preciso tempo para que, por meio de discussões de caso, as mesmas pessoas que questionavam se o lugar de Gemma era no CAPS ou não compreendessem as suas necessidades e construíssem com ela relações de reciprocidade, devolvendo a ela o que era dela, produzindo momentos de tensão e também de muito humor e gargalhadas. Gemma havia caído na graça da equipe. A instituição enquanto corpo (trabalhadores) deixava de produzir somente relação de violência e negação, passando a ouvir, dialogar e trocar com ela. Gemma pertencia àquele serviço. Ficou conhecida por apelidos como “madame”, “chata”, “nonna”, mas pertencia, estava presentificada. Em um momento, cozinhou junto com alguns trabalhadores e usuários seu famoso nhoque, mobilizando o serviço inteiro na atividade. Nhoque era o prato do qual ela mais fazia propaganda e que foi muito elogiado por todas as pessoas que experimentaram, deixando no ar o desejo de que o fizesse novamente em um outro dia. Em nosso serviço de saúde mental existia uma “madame”, uma “nonna italiana” bastante exigente, política, dura, mas também muito inteligente, criativa, afetiva e divertida. Ah, sim, era também ela que falava italiano e que cozinhou muito, muito bem. Foi possível estar presente ali, com todas as suas características, sem ter sido impedida. Pode existir, pertencer e permanecer. Retirou-se por sua escolha e não por ter sido “devolvida”, mais uma vez. Isso aconteceu porque a equipe abriu-se enquanto instituição, sustentando a desinstitucionalização possível para a passagem de Gemma. Seria, então, desinstitucionalizar a compressão máxima da instituição para que o sujeito possa ser, estar, permanecer, ir, voltar, escolher, ser sujeito em sua diferença e em sua possibilidade de movimento? Se a desinstitucionalização é um processo, algo maior, em massa, os pequenos atos

⁷ Para Basaglia (1985), viver dialeticamente as contradições do real tende a ser o caráter terapêutico do trabalho em saúde mental. Compreender as dinâmicas internas, fazer enfrentamentos, discutir, considerar as contradições em vez de apenas ignorá-las permite deslocamentos e a abertura para outras relações.

terapêuticos, atos de desinstitucionalização que se dão no cotidiano, no encontro com outras Gemma's, onde caminha-se até onde for possível na dialética das relações, que podem ser para o cuidado ou não, mas que produza a possibilidade de escolha e de responsabilização por elas. Caminhamos adentrando à desinstitucionalização por meio de práticas cotidianas, até onde for possível que o sujeito escolha caminhar com ou sem a instituição de saúde mental, que escolha quais outras instituições farão parte e como fazer parte das muitas instituições que estruturam (constituem) a sociedade (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990; SARACENO, 1999; NICÁCIO, 2003).

Como diz Basaglia (1985), separar crise psiquiátrica e crise institucional não é algo possível, pois as duas estão intimamente articuladas, dificultando identificar o que é causa e consequência. As duas apresentam um denominador comum: o tipo de relação objetificada que estabelecem com as pessoas. Gemma representa, portanto, a crise institucional e psiquiátrica.



Figura 4 - Gemma cozinhando nhoques na cozinha do CAPS, 2020. Foto: Cristhian Schieck. Fonte: arquivo pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse último mês, li em um livro uma passagem que abordava o fato de um texto nunca acabar, não terminar. Dizia, ainda, que o que acaba é o investimento, a paciência, o prazo, entre outros aspectos necessários para a continuidade do processo de escrita de um texto e que o limitam. Escrever, narrar em texto é ato de criação e portanto, está em constante construção, em movimento. Isso se intensifica ainda mais se a escrita for sobre temas tão abrangentes como a vida e a diferença. Uma discussão não se esgota e entendo que essa última seção, denominada “considerações finais”, convoca para uma conclusão, para palavras finais e então afirmo: essas são as palavras finais dessa experiência que durou dois anos e meio.

O prazo está se esgotando e essa pequena mostra do fazer cotidiano pode ser construída no hiato entre julho de 2018 e abril de 2021, período de ingresso no mestrado e de depósito da dissertação. Esse período é também o tempo de processo formativo “na ponta” que tenho como profissional de saúde pública na rede de saúde do município de São Paulo. Iniciei meu primeiro contrato formal para trabalhar como Terapeuta Ocupacional em um Centro de Atenção Psicossocial em maio de 2018, quando, despretensiosamente, prestava também o processo seletivo para o mestrado.

Como uma jovem borboleta, saída à pouco do espaço protegido do casulo, alçando seus primeiros vôos, experimentando a liberdade com toda a insegurança na relação com o mundo (profissional) e vivenciando o medo de errar e de ser demitido como punição por isso - infelizmente uma cultura construída e enraizada em nossa sociedade. Lá estava eu a experimentar o que seria voar. Hoje, sigo sem muitas certezas, embora com um tempo formativo maior. Entre acertos e erros cotidianos, acredito que esse trabalho acadêmico não é sobre certezas, tanto quanto o trabalho clínico-político desenvolvido na atenção psicossocial.

O processo de tecer cuidado junto com as pessoas acompanhadas em serviços de saúde mental e o processo de tecer um texto pode ter muitas similaridades: é preciso desejo, investimento, energia, afeto, criatividade, autocrítica, ética, dimensão de processualidade, tempo, tolerância às diferentes frustrações que emergem no caminho, imprevisto, capacidade de recomeçar a cada dia, bem como de seguir, indo até onde for possível e reconhecendo, com crítica, que existem limites.

Nesse processo, apresentou-se o recorte aqui compartilhado. Mas há um outro que não coube aqui, que não cabe na materialidade do trabalho acadêmico diante das muitas situações cotidianas, trocas e reflexões, as quais carrego em minha memória, em meus devaneios – assim como experimentam outros profissionais de saúde pública. Recebi muito, tanto quanto me dispus. Como em um circuito, movimentava-se do campo ao texto e do texto ao campo, assim como em um conjunto de ações que se misturaram, se apoiaram mutuamente – foi no movimentar-se entre os diferentes papéis que essa experiência se constituiu como uma possibilidade, como um compromisso ético, estético e político com o campo da Atenção Psicossocial em um fazer cotidiano.

Esse estudo configura-se como uma tentativa de tradução para texto desses processos minuciosos que compõem o fazer cotidiano de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial: pensamentos, vivências, afetos, desafios e possibilidades. Vivências subjetivas e corporificadas devem ser consideradas, uma vez que o corpo é o principal instrumento de trabalho de um terapeuta que atua na rede pública de saúde mental. Um corpo que necessita de outros corpos para fazer corpo nas intervenções que esse trabalho demanda. Para que haja envolvimento de outros corpos a somar nos atendimentos e intervenções, há também a necessidade de articulações com esses outros corpos que são suporte no dia a dia institucional. Como numa orquestra, se torna necessário que estejamos alinhados à regência em princípios e em disponibilidade, para que a construção contínua desse trabalho aconteça.

O afeto é o cerne deste trabalho, uma vez que o dispositivo é relacional. Comunicamos-nos muito e o tão melhor nos comunicamos, melhores os resultados que alcançamos coletivamente. Cada um é um em seu percurso individual, mas esse um é também alguém que compõe um corpo coletivo, que precisa de constantes conversas, alinhamento, trocas, acolhimento, afeto, escuta, desejo, entre outros.

Apresentar recortes do cotidiano de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial e reafirmar o caráter político da clínica psicossocial não pode nos fazer esquecer a precarização que a privatização do Sistema Único de Saúde coloca para o trabalhador do campo da saúde pública, uma vez que há uma silenciosa e constante ameaça do seu “ganha pão” que está em jogo diante do fazer cotidiano institucional, precisando suas práticas de uma aprovação, ainda que nas entrelinhas, o que produz limitações ao fazer dos trabalhadores da assistência em saúde.

A burocratização imposta pelas empresas (organizações sociais em saúde) que fazem a gestão dos serviços de saúde pública tende a aumentar a carga horária de trabalho burocrático com a demanda de diferentes tabelas de produção que exigem cada vez mais tempo preenchendo papéis e, conseqüentemente, diminuindo a carga horária que poderia ser utilizada para a real atenção da população em sofrimento psíquico agravado, produzindo nos trabalhadores sentimentos individuais de insuficiência, culpa, angústia.

Uma das possibilidades para essa questão é a tomada de consciência crítica, incluindo discussões, mobilizações coletivas e dialéticas com a sociedade, juntamente com a capacidade de acolhimento da equipe entre si, reconhecendo o que é possível diante dessa realidade: é poder construir, ainda que aos poucos, um movimento articulado de mobilização que exista na instituição, mas que também ultrapasse o interior da instituição, que saia do individual para o coletivo, para a rede, para o comum, para a sociedade. Relembrar a sociedade brasileira que saúde pública e a saúde mental pública são pautas que perpassam à toda a sociedade. É urgente a mobilização social pela retomada de investimentos prioritários de recursos públicos em dispositivos territoriais como os Centros de Atenção Psicossocial, os quais experimentam hoje uma espécie de subfinanciamento, enquanto assistem incontáveis recursos públicos do Ministério da Saúde e Ministério da Cidadania sustentarem Comunidades Terapêuticas com práticas manicomiais, restritivas, asilares, e que muitas vezes tem por objetivo principal o lucro e a coerção religiosa, em lugar do acompanhamento da vida das pessoas com sofrimento psíquico agravado.

Em meio a tudo isso, talvez o nosso trabalho na atenção psicossocial seja que o sujeito possa identificar os fios que vão se soltando com o passar do tempo, nas situações da vida (acontecimentos) e criar possibilidades de articulação entre a história dos sujeitos e os fios que lhe pertencem, construindo redes, emaranhados de fios, possibilitando que diante da consciência desses processos, os sujeitos possam fazer suas escolhas, mantendo algumas conexões e cortando aquelas que não fazem mais sentido, em sua avaliação, atualizando-se no devir vida.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. C. F.; VASCONCELLOS, M. P.; ALVARENGA, A. T. Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. *Saude soc.*, v. 20, n. 1, p. 86-94, Mar. São Paulo, 2011
- ALMEIDA, D. E. R. G. et al. Autoetnografia como estratégia decolonizadora de ensino sobre o cotidiano em Terapia Ocupacional. *Interface (Botucatu)* [online], v. 24, e190122, Mar 16, 2020.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Porto, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.
- ARAÚJO, B. C.; DAVEL, E. A Autoetnografia na Pesquisa em Administração: desafios e potencialidades. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. Vol. 3. ATAS CIAIQ, 2018.
- AYRES, BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 95-103, set./dez. 2002.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E.; Por uma política de narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 150-171
- BARROS, S.; EGRY, E. Y. *O louco, a loucura e a alienação institucional - o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice*. São Paulo: Editora Cabral, 2001.
- BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; v. 45, (Esp. 2) 1780-5.
- BASAGLIA, F. (Org.). *A Instituição Negada*. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 643-651, 2012.
- BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 07 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 10.216*, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011. Estipula o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. De 26 de dezembro de 2011. Sessão 1, p. 230-232.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados* – 12, ano 10, n. 12, out. 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 07 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Brasília, 2000;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº- 52/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que estabelece a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que estabelece a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõem sobre pesquisa com seres humanos e atualiza a resolução 196/96. *Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõem sobre as normas éticas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília, 2019.

BONDÍA, L. J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Campinas, n. 19, p. 20-28, 2002.

CARDOSO, M.L. Sobre as relações sociais capitalistas. In: LIMA, J.C.F., and NEVES, L.M.W., org. *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 25-66. ISBN: 978-85-7541-612-9. Available from: doi: 10.7476/9788575416129.0003.

CASTRO, E. D. de. Inscrições da relação terapeuta-paciente *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 14-21, jan./abr., 2005.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de Experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs - Capitalismo e Esquizofrenia. São Paulo. Editora 34, 1997. Vol. 4

DIMENSTEIN, M. et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 20 v. 4, p. 1209-1226, 2010.

ELLIS, C.; BOCHNER, A. *Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject*. Handbook of Qualitative Research. California, 2000.

FAVRE, R. Dez diálogos encarnados. *Laboratório do Processo Formativo*. [online] Acesso em 26/01/2021. Disponível em: www.laboratoriodoprocessoformativo.com/2012/10/dez-dialogos-encarnados/. São Paulo, 2012.

GALINDO, D.; MARTINS, M.; RODRIGUES, R. V. Cap. 14. Jogos de Armar: narrativas como modo de articulação de múltiplas fontes no cotidiano da pesquisa. In: A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas / Mary Jane Paris Spink; Jacqueline Isaac Machado Brigagão; Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento e Mariana Prioli Cordeiro, organizadoras. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual)

GALHEIGO, S. M. O Cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 104-9, set/dez. 2003.

GHIRARDI, M. I. G. Terapia Ocupacional em Processos Econômico-Sociais. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 20, n. 1, p. 17-20. São Carlos, 2012.

GRUSKA, Viktor; DIMENSTEIN, Magda. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicol. clin.* [online], v. 27, n.1, p.101-122, 2015.

GODINHO, Danilo Marques; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 320-327, dec. 2019.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
GOFFMAN, E. *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Editora Guanabara. 4. ed. Rio de Janeiro, 1988.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão* - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019. ISSN: 2238-9091 (Online). Disponível em: www.osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=686&sid=59 Acessado em 28/03/2021 às 14:23. Rio de Janeiro, 2019.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 14, v. 1, p. 297-305, 2009.

LEÃO, A.; BARROS, S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 17, n.1, p. 95-106, 2008.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012.

LUSSI, A. O.; PEREIRA, M. A. O. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. *Rev. Esc. de Enferm. USP*, São Paulo, , v. 45, n. 2, p. 515-21, 2011.

LIBERMAN, F. O corpo como pulso. *Interface: Comunicação Saúde e Educação*, v. 14, n.33, p.449-60, abr./jun. 2010.

LIMA, E. M. F. A. Desejando a diferença: considerações acerca das relações entre os terapeutas ocupacionais e as populações tradicionalmente atendidas por estes profissionais . *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 64-71, 2003. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v14i2p64-71 Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13918>. Acesso em: 24 fev. 2021.

LIMA, F. R. A Experiência do Cuidado de Si: a clínica entre o cuidado do tempo e o tempo do cuidado. Niterói: Editora da UFF, 2012.

MAGALHÃES, M. C. R. (Organizador), Mautner, A. V., Chnaiderman, M., Perlongher, N., Katz, C. S., Hallack, R., Matos, O., Rolnik, S., Singer, P. Na sombra da cidade. Editora Escuta. São Paulo, 1995 - (coleção ensaios).

MAGALHÃES, C. E. A. A Autoetnografia em contexto pedagógico: entrevista e reunião como lócus de investigação. *Veredas Temática: Autoetnografia em Estudos da Linguagem e áreas disciplinares*, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, p. 16-33, 2018.

MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA DE, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015.

MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: EdUFSCar, 2017.

MENDES, A.; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Rev. da Sociedade Bras. De Economia Política*, n. 57 (set 2020 – dez 2020), p. 174-210. Niterói - RJ, 2020.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo. Editora Hucitec, 2010.

NICÁCIO, F.; Campos, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

NICÁCIO, F. Utopia da realidade. Contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 224f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ORDAZ, O. O uso de narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Rev. Pensar Enfermagem*. Vol. 15, n. 1. 1º semestre de 2011. Lisboa, Portugal.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral. Paris, 1948

PELBART, P. P. *A Nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A. de; ALMEIDA, M. M. de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 82-88, 2008.

PITTA, A. M. F. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? *In: A. M. F. Pitta (Ed.). Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

POUPART, J. et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

ROTELLI, F. et al. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

ROLNIK, Raquel. Lutas Sociais e Urbanas e o Direito à Cidade. *Canal FESP no YouTube*, 2020. Disponível em: <https://youtu.be/t7e3K5iE4eM> . Acesso em: 4 dez. 2020.

ROSA, L.C.S.; CAMPOS, R.T.O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 95, p. 648-656, out./dez. Rio de Janeiro, 2012.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. *Rev. Ter.Ocupac. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 174-82, set.-dez., 2013.

SANTOS, J. C.; BARROS, S.; SANTOS, I. M. M. Stigma: The Perspective of Workers on Community Mental Health Services-Brazil. *Global Qualitative Nursing Research*, n. 3, p. 2333393616670442, jan-dec 2016. Published online 2016 Oct 6. Doi: 10.1177/2333393616670442.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Territory and mental health: a study on the experience of users of a psychosocial care center, Salvador, Bahia. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 15, n. 38, p. 715-26, jul./set. 2011.

SARACENO, B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Té Cora, 1999.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho e gestão na estratégia de Atenção Psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23 n. 2, p. 340- 349, 2011.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativa como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 maio-junho; 10(3):423-32.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VERSIANI, D. B. Autoetnografia: uma alternativa conceitual. *Letras de hoje*, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 57-72, 2002.