UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

KARLA MARIA DUARTE CASTRO

CRISE EM FRAGMENTOS: SUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DOS CAPS EM VITÓRIA/ES

VITÓRIA

2019

KARLA MARIA DUARTE CASTRO

CRISE EM FRAGMENTOS: SUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DOS CAPS EM VITÓRIA/ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Profª. Drª. Ana Paula Figueiredo Louzada.

VITÓRIA

2019

KARLA MARIA DUARTE CASTRO

CRISE EM FRAGMENTOS: SUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DOS CAPS EM VITÓRIA/ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Aprovada em 11 de Setembro de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Ana Paula Figueiredo Louzada
Universidade Federal do Espírito Santo
(Orientadora)

_____

Profª. Drª. Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro Interno)

_____

Prof. Dr. Kleber Jean Matos Lopes
Universidade Federal Sergipe
(Membro Externo)

_____

Profª. Ms. Andréa Campos Romanholi
Centro Universitário Católica de Vitória
(Convidada)

A Carlos e Lucilia, pais amados.

Aos irmãos queridos, Karina e Lucilio, companheiros de vida.

A Breno, Brenda e Breninho – hoje Brenão, pelo amor sempre em construção.

AGRADECIMENTOS

Obrigada Ana, por ter me adotado na minha mais radical precariedade.

Beth, suas ‘peias’ durante meu processo formativo me chacoalharam tanto que tive que arranjar outro corpo para ter fôlego e continuar.

Andréa, Darlene, Adriana, Jorge, Alex, Ana Augusta, e tantos docentes com os quais esbarrei, compuseram esse novo corpo que levo pela vida sem nenhum constrangimento.

Aos muitos amigos da turma 11 do PPGPSI, que são tantos que aqui não caberiam, minha sincera gratidão por compartilharem comigo os caminhos da vida.

Minhas amigas amadas e que têm um lugar especial no meu coração, Carol e Dani! Tenho uma enorme admiração por essas mulheres de garra e de fibra que não temem a vida e alcançam o céu com seus gritos, afagos, ora indiferença, ora paixão. Amo vocês!

Agradeço à Soninha e Natalie por aguentarem minhas ‘aporrinhações’ e que de algum modo fizeram minha passagem pelo processo do mestrado um pouco mais aconchegante.

Aos usuários dos Centros de Atenção Psicossociais e todos os profissionais que lutam cotidianamente pela dignidade da vida.

Por fim, minha eterna gratidão àqueles que compõem o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, por me receberem de braços abertos, apostarem na minha potência e construírem comigo um sonho.

Muito Obrigada!

A verdadeira prudência consiste, já que somos humanos, em não querer ser mais sábios do que nossa natureza o permite.

(ERASMO, 1496-1536)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento da Luta Antimanicomial, nos seus princípios ético-políticos, operaram vastos avanços nos cuidados/assistência/direitos às pessoas em sofrimento psíquico grave, mas hoje sofrem graves ataques e riscos de retrocessos nas políticas de saúde mental brasileira. Esses movimentos são importantes ao processo de (re)invenção do lugar social da loucura, na produção de políticas locais e intersetoriais e na criação de redes em serviços substitutivos territoriais, pois forçam a superação do modelo asilar e inscrevem um modo psicossocial de cuidar. Assim, uma das maiores conquistas no Brasil foi a criação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) como dispositivos/estratégias de atenção à saúde mental inseridos na Rede de Atenção Psicossocial, pela Portaria nº 3.088/MS de 23 de dezembro de 2011. Pensar como os CAPS em Vitória-ES, que cuidam das pessoas em sofrimento psíquico grave e foram resultantes das reinvindicações sociais por estratégias de atenção à saúde mental substitutivas ao modelo hegemônico biomédico e manicomial, tem acolhido o processo da crise quando esta acontece no cotidiano foi o norteador desta pesquisa. Ao participar de diversos espaços de cuidado nos equipamentos, pode-se acompanhar como a atenção à crise se desenrola no cotidiano dos serviços, como os afetos são mobilizados para produzir um cuidado que não fragmenta sujeito/vida. Testemunhou-se que questões cotidianas como o uso do sanitário, o horário do café-da-manhã quando são discutidas em assembleias produzem além de efeitos terapêuticos, um exercício democrático, torna-se lugar de pactuações que reverbera na vida dos usuários ampliando sua autonomia.

Palavras-chave: Crise, CAPS, Reforma Psiquiátrica brasileira.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform and the Antimanicomial Struggle Movement, in their ethical-political principles, operate vastly in the care/assistance/human rights in severe psychological distress, but today we are under the attacks and risks of setbacks in Brazilian mental health policies. This movements are important for the creation of social networks, the production of local and intersectoral policies and the creation of territorial substitute service networks, as well as for overcoming the asylum model and for creating a psychosocial way of caring. Thus, one of the greatest achievements in Brazil was the creation of Psychosocial Care Centers (NAPS / CAPS), in the Ordinance category nº 3.088/MS of December 23, 2011. Think how the CAPS in Vitória-ES, which take care of people in severe psychic distress and were the result of social claims for strategies of mental health care replacing the biomedical and asylum hegemonic model, has welcomed the crisis process when it happens in daily life, was the guide of this research. By participating in various spaces of care in the equipment, it was possible to follow how attention to the crisis unfolds in the daily routine of services, how affects are mobilized to produce care that does not fragment subject/life. It has been witnessed that everyday issues such as the use of the toilet and the breakfast time, when discussed in assemblies produce beyond therapeutic effects, a democratic exercise which becomes a place of agreement that reverberates in users' lives, increasing their autonomy.

Keywords: Crisis, CAPS, Brazilian Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

Abrasme	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	agentes comunitários de saúde
ALES	Assembleia Legislativa do Espírito Santo
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMI	Capitalismo Mundial Integrado
eSF	equipes de Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do SUS
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
PA	Pronto Atendimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
scielo	*Scientific Electronic Library Online*
SUS	Sistema Único de Saúde brasileiro
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 COMO É FEITA ESTA DISSERTAÇÃO? 13

2 PORTA ABERTA: INQUIETAÇÕES 16

3 PORTA ABERTA: COMO A REFORMA PSIQUIÁTRICA CONTRIBUI PENSAR A CRISE 22

4 PORTA ABERTA: CRISE 30

5 PORTA ABERTA: DESCAMINHOS 38

6 PORTA ABERTA: AFIRMAÇÃO 43

7 PORTA ABERTA: CAMINHOS OUTROS... EXPERIMENTAÇÃO NA LÓGICA DOS SENTIDOS 48

8 PORTA ABERTA: COMO ANDAMOS 53

9 PORTA ABERTA: UMA INTRODUÇÃO? 61

9 1 MAR 65

9 1 1 Caminhar ao Equipamento Mar 65

9 2 FLORES 71

9 2 1 Caminhar ao Equipamento Flores 71

10 PORTA ABERTA: CRÔNICAS EM FRAGMENTOS COM A CRISE 77

10.1 OS CAPS 79

10.2 PERAMBULAÇÕES PELO BRASIL 83

10.3 COMO SE CUIDA 86

10.4 “COLABORAR, NÃO É?” 91

10.5 A CARAMBOLEIRA 101

10.6 COMPARTILHAR... 106

10.7 DES-PEDIR? 108

10.8 “NÃO CONSEGUIMOS NENHUM TIPO DE AVANÇO”. 109

10.9 “É VÁLIDO ESSE MOVIMENTO?” 115

11 PORTA ABERTA: AS CONVERSAS QUE FAZEMOS 123

11.1 “DESCOMPENSAÇÃO” 130
11.2 “CADA CRISE É DIFERENTE” 140
12 E ASSIM,..... 149
REFERÊNCIAS..... 153
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 166
APÊNDICE B – A Crise Pode Ser Uma Crise..... 169
ANEXO A – Modelo de Carta de Solicitação para Pesquisa na SEMUS 176
ANEXO B – Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos..... 177

serviços que inventam mundos
criam passagens
produzem sentidos

1 COMO É FEITA ESTA DISSERTAÇÃO?

Com várias entradas, podemos afirmar.

Usamos pronomes gerais, tratamos de falar como coletivo, no plural. Escrevemos a 'crise' no singular e em letra minúscula, pois são vários planos a compondo. Não há 'A Crise' de antemão, a não ser aquela que inventamos no urgir da vida, sempre prestes a acontecer.

Em composições com os encontros, com os atravessamentos, com os contágios, com os afectos quando se esbarra pelos corredores, pelo campus, pelas ruas, na vida. Por mais que possa parecer derivar de... sempre uma dobra com... A crise se vive no cotidiano.

Trazemos as produções cotidianas do fazer/produzir cuidado com a crise, sem máscaras, sem disfarces, sem subterfúgios. Não as embelezamos, menos ainda as demonizamos.

Falamos com pessoas reais que vivem com a crise corriqueiramente. Vivem com o sofrimento e com aqueles que estão em vias de se tornarem farrapos, e trabalham justamente *para impedir que eles virassem trapos, que naquele momento... que um cara que desenvolvia... um início de esquizofrenia fosse colocado em boas condições, não fosse jogado num hospital repressivo.*[1]

Fomos testemunhas da multiplicidade e polifonia das ações de cuidado nos serviços que fazem/pensam 'pactuações' com o desejo que opera saúde, amplia vidas.[2]

Flores e Mar (nomes que atribuímos aos equipamentos em saúde mental do município de Vitória/ES) são os nomes próprios dos serviços que inventam mundos; criam passagens; produzem sentidos com. Quando tudo parece estar perdido, experimentam tormentas, desvios. Ora pavimentam caminhos, ora descaminhos. Adentram em bosques e redemoinhos.

---

[1] DELEUZE, Gilles. **Abecedário de Gilles Deleuze**. Direção: Pierre-André Boutang, Entrevista: Parnet, Claire. Paris: Éditions Montparnasse, 1988-1989. Publicado em: 1995.

[2] Usamos a terminologia serviços/equipamentos para falar dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços estão inseridos no Sistema de Saúde brasileiro e tem suas atividades ordenadas territorialmente nos municípios brasileiro. Eles ampliam as relações dos recursos existentes na comunidade a qual pertence e os seus usuários em sofrimento psíquico grave e familiares. Ofertam a possibilidade de construção de um projeto de vida, ampliando as possibilidades de sua expressão por meio dos vínculos afetivos dos quais dispõem (AMARANTE, 2013b).

Apresentamos-lhes um texto povoado. Há Elisa, que de si transbordam-se muitas: aprendiz; pesquisadora; aluna, orientanda – por vezes, usuária – doutora, mãe, mulher, amiga, psicóloga... Muitos também são Joãos, Henris, Margaridas, nomes que não personificam, indicam que um são vários. Tais narrativas, mesmo que enunciadas por um, não remetem a um sujeito, mas a agenciamentos coletivos.[3]

Desapegamo-nos [d]*o feitiço do método,*[4] entramos no campo sem saber bem ao certo o que ocorreria. Não queríamos medidas. Estávamos contaminadas pelo desejo de produzir pesquisa e conhecimento.[5]

Renunciamos ao método único, privilegiamos a experiência, mas sem esquecermo-nos que temos guardado nos bolsos da calça nosso novelo de linha '*ético-política*'. Sabíamos bem tais limites, não estávamos ali de qualquer modo para fazer qualquer coisa. Afirmávamos uma política que tece relações banais e faz a realidade, uma política que é a própria vida cotidiana (LOURAU, 2004a).

O cotidiano é o *locus* para expandir o campo da *experiência 'pura'.*[6] Imergimos nos serviços e perambulamos por ali, ora estávamos com as pessoas em oficinas, ora estávamos nos corredores circulando. Os esbarros, as falas, as conversas informais eram os vetores primeiros na produção de conhecimento em pesquisa.

Nossa escrita, inicialmente dura e sem entrelinhas, foi produzida com aquilo que acontecia às vezes trançadas com rimas, herança das 'emboladas e repentes' nordestinos. Muitas vezes atravessada com angústia, mas as que sobressaíram foram, justamente, as que arranjavam conexões, assim saíram algumas crônicas e algumas inquietações.

Aproveitamos também este espaço para compartilhar alguns sites que contribuíram muitíssimo com a feitura desta dissertação e que talvez possa compor outras escritas e inquietações pelo mundo afora: 'http://www.livrosgratis.com.br/'; 'http://bvsms.saude.gov.br/'; 'http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm'.

---

[3] DELEUZE, Gilles. **Abecedário de Gilles Deleuze**. Direção: Pierre-André Boutang, Entrevista: Parnet, Claire. Paris: Éditions Montparnasse, 1988-1989. Publicado em: 1995.

[4] Ver em NAJMANOVICH, Denise. O feitiço do método. Trad. Maria Teresa Esteban. In: GARCIA, Regina Leite (Org.). **Método; Métodos; Contramétodo**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 25-62.

[5] Ver em LAPOUJADE, David. Verdade e conhecimento. In: _____. **William James**, a construção da experiência. São Paulo: n-1 edições, 2017d. p. 51-81.

[6] Ver em LAPOUJADE, David. Plano e material: a experiência pura. In: _____. **William James**, a construção da experiência. São Paulo: n-1 edições, 2017b. p. 23-28.

Enfim, esperamos que esta pesquisa contagie. Ela continua inacabada, aberta em várias vias.

Às leitoras – e aos leitores – apenas um pedido: deixe-se contaminar por estas linhas.

2 PORTA ABERTA:[7] INQUIETAÇÕES

Em uma tarde chuvosa qualquer, pela cidade em um dos seus semáforos, aquela figura de corpo esguio e de pés descalços perambulava entre os carros com seu olhar afastado, fixado num longínquo horizonte. Passava pelos carros, pedia dinheiro pelas janelas de vidros fechados, com seu copo vazio nas mãos.

Pedia e esperava, como um ritual. E fazia, a cada abertura do sinal luminoso, o mesmo movimento, quase que mecânico. Sim, parecia uma máquina, tinha gestos rígidos e limitados, paradoxalmente, a tudo espiava, *escaneava* com seu olhar curioso.

Aqueles olhos castanhos, que buscavam a captura de um olhar que o correspondesse, pareciam tão distantes. Pediam, não sabiam o que queriam: afeto, ternura, uma saída da vida dura.

O medo que faz transbordar o cheiro do outro lado, e basta apenas o dinheiro doado. Um final de dia qualquer que captura e joga para uma experiência do agora, da urgência deste instante.

Noutra tarde, outros olhos, que também castanhos gritam pela abertura, a fuga de um sufocamento, saída, um possível suspiro.

E na Oficina de Inclusão Digital,[8] fica-se sabendo de um novo usuário que começaria a frequentá-la. Um jovem que acabara de migrar de um CAPS ao outro, e que

[7] "As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de "portas abertas", acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS (Projetos Terapêuticos Singulares), acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. [...] a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de "portas abertas" [...]" (BRASIL, 2015b, p. 10, 24).

[8] Elisa realizara o estágio acadêmico obrigatório entre 2014 e 2015 no CAPS II no município de Vitória. Nele, ela efetivava um trabalho com a clínica ampliada, cuja proposta era fazer uma oficina de inclusão digital (ver páginas 65, 91, 102, 117 e 133) com os usuários que eram encaminhados pelos profissionais daquele equipamento. Em seu último semestre acadêmico, Elisa acolhera naquele espaço um usuário recém-saído de uma crise e que não aderia a nenhuma outra proposta coletiva [terapêutica], apenas ao atendimento individual com o psicólogo e a oficina de inclusão digital. No curto período no qual o usuário participara das atividades, ele conseguira interagir minimamente com Elisa e sua colega, também estagiária daquele equipamento e que compunha com Elisa a Oficina de Inclusão Digital. Contudo, quase não se relacionava com os outros usuários. Elisa ficara sabendo que aquele usuário era referenciado e estava inserido nas atividades do CAPS III, mas que num determinado momento houvera uma ruptura com aquele espaço que acabou por desencadear uma crise aguda e ele fora engajado ao CAPS II, que realizava o cuidado em conjunto com o CAPS III. Assim que chegou ao CAPS II fora incluído naquela oficina. Pelo local de estágio circulava

esperava... Acolhido estava em um abrigo. Recém-saído de uma crise, brigara com a ‘sua’ profissional de referência e a equipe de saúde mental que parecia não ouvir sua demanda, seu desejo de outro modo de acolhimento, o noturno.

Os efeitos desta recusa? A revolta do jovem que com seu corpo duro quebra tudo ao seu entorno.

***

Primeiros passos em direção à Oficina para tentativa de uma produção/solução coletiva.

A crise agora era a referência. Acontecimento.[9] Ruptura. Mal-estar. Mas de quem? Sujeito, CAPS, alguém?

Suas participações nos dias em que acontecia a oficina era um momento de respiro para si. Ali, pesquisava arduamente sobre sua própria vida, nomes de ruas, de cidades pareciam não fazer sentido, mas traziam certa calmaria à angústia que vivia. Muito focado no que fazia ali, ele respirava.

O CAPS, um lugar/território no qual se produzia tentativas e investidas para se saber o que ele pretendia. Contudo sem história e sem narrativas tentava se criar uma linha. Tecer uma historicidade era o que se dizia, incansável equipe era o que se sentia.

Inaugura-se aí uma inquietude, mas onde isso daria?

***

Deixar-se disponível para as sutilezas das microagitações do viver é salutar para pensar o percurso do mestrado como uma construção cotidiana. Pensar processos, construir uma metodologia, criar novos caminhos, resistir ao tempo/capital, a pressa e aos modos de vida contemporâneos é um movimento que requer a mobilização de um desejo capaz de produzir vidas outras.

O que seria a vida se não pudéssemos produzir tempos outros? Abrir-se para uma possibilidade de experiências novas, deixar-se tocar, afetar, sentir os

---

burburinhos daquele acontecimento. Aquilo deixara Elisa bastante intrigada. Como cuidar e seguir com a crise no cotidiano daqueles serviços? Aquilo levara Elisa ao mestrado.

[9] “ato, processo e resultado da atividade afirmativa do acaso. [...] consequências de conexões insólitas que escapam das constrições do instituído-organizado-estabelecido [...]” (BAREMBLITT, 2012, p. 146). São as transformações que revolucionam a vida em todas as suas dimensões.

atravessamentos das forças que nos trazem turbulência, nos jogam em lugares/tempos outros, em mundos outros.

É exatamente o que uma música pode provocar, um filme, uma obra de arte, uma leitura de um texto... O outro. O trabalho com a diferença,[10] com a loucura, nos mostra no cotidiano o quanto a vida é fugaz e bela. Poder olhar para aquele que não tem véus para fazer semblante frente ao mundo, expressa a radicalidade de se viver uma vida outra, é o que faz mover trilhos e não se caminhar numa estrada já dada. Faz construir novas estradas, novos caminhos, produz 'linha curva'.[11]

Tentar construir estas novas estradas, tentar desenhar novos mapas nas possibilidades outras no acolhimento, na atenção ao louco,[12] é entender que não se trata de algo isolado, não se trata de uma história linear que percorre linhas paralelas – Minha estória/louca e a estória do outro/louco – é deixar a sensibilidade à flor da pele, deixar-se apreender pelos atravessamentos/emaranhados destas linhas trêmulas, curvas, pontilhadas, abertas para o mundo.

E no pequeníssimo percurso do mestrado, aprendemos que este deixar-se experimentar/atravessar, com o corpo/afetar não está para todos. Trata-se de poucos aqueles que estão (dis)postos para a vida com o outro. Isto nos convidou a pensar como o nosso percurso de formação profissional pode compor com afetos alegres na construção de uma existência de fazer/conhecer, cuja maior aposta é ampliar potência de vida tanto como aprendiz-pesquisadora, como para aqueles com os quais as intervenções profissionais estão voltadas.

---

[10] A diferença aqui não se referência às representações da lógica identitária na qual se supõe um conjunto de características próprias pertencentes a um indivíduo ou grupo e que os distingue de outrem. Mas justamente aquilo que fissura que irrompe os estados das coisas. Segundo Rolnik (1995), a diferença é o inatual, o intempestivo.

[11] Venturini (2016) propõe a partir de suas memórias/experiência do/no processo de desinstitucionalização a problematização de temas já batidos, mas bem atuais da Reforma Psiquiátrica italiana. Neste livro, trabalha com a proposta de linha flexível, cuja lógica opera de modo diferente da rigidez do pensamento manicomial.

[12] Usamos o termo 'louco' como uma afirmação ético-política assumida pela Reforma Psiquiátrica brasileira para romper com a loucura enquanto doença mental aos modos epistemológicos, da lógica biomédica que legitimam um cuidado asilar e manicomial das pessoas em sofrimento psíquico grave, contrariando todo modo psicossocial que emerge a partir das lutas sociais, antimanicomiais, que traz o 'louco' para o cenário social enquanto cidadão (AMARANTE, 2013a). "A loucura é entendida como estranheza, a alteridade radical" (PELBART, 1990, p. 133), "condição de produção de singularidade" (LANCETI, 1990, p. 147).

Problematizar o mundo, questionar as identidades que nos fixam em lugares limitantes, é o que nos faz pensar na produção de cuidado aos loucos para além das questões concretas de sua existência.[13] As condições para terem uma vida digna, implica obrigatoriamente, dar passagem à experimentação da singularidade, fazer com que o sofrimento não seja engolido apenas pela sua condição de vida na exclusão.

O contato com o livro 'Bergsonismo' de Deleuze (1999) colocou-nos em xeque, perguntamo-nos se seriam estes questionamentos verdadeiros problemas ou falsos problemas de pesquisa? Estaríamos operando ainda numa lógica dicotômica, polarizadora da vida?

Essas dúvidas produzem certo medo sobre o fazer/conhecer no processo da pesquisa. A angústia se faz companheira e está presente no percurso de aprendiz-pesquisadora, ou pelo menos na tentativa de corporificá-lo. Servem-nos como sinalizadores dos limites ético-estético-políticos de ação.

Colocar a atenção à espreita dos processos de institucionalização do acolhimento à saúde mental, principalmente na atenção à crise, requer do pesquisador um comprometimento com suas questões e uma maior habilidade de detecção dos impactos destas no próprio campo de pesquisa. Tentar um funcionamento outro de táticas in(ter)ventivas dentro do campo de pesquisa. Este é o maior desafio nesses caminhos (KASTRUP, 2015).

É nas rachaduras que nos inserimos e damos partida ao processo da pesquisa acadêmica, e agora vamos além do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso),[14]

[13] Assumiremos nesta pesquisa o 'cuidado' enquanto um processo de produção coletivo de saúde, de autonomia, no qual estão envolvidos todos os atores, inclusive os próprios usuários dos serviços e a comunidade. Isto atravessa as quatro dimensões do modo psicossocial, a saber: jurídico-política, sociocultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial, e produz efeitos no cotidiano da gestão, na avaliação, das práticas dos serviços, na construção, na implantação e na avaliação das políticas de saúde mental, via conselhos de saúdes [locais, municipais e estaduais], ou seja, no exercício da cidadania (AMARANTE, 2013b).

[14] Nesta primeira experimentação como aprendiz-pesquisadora, produziu-se um trabalho de pesquisa no qual se problematizava a atuação das (os) psicólogas (os) nos CAPS II e III do município de Vitória-ES com relação a sua formação para atuar nestes serviços da saúde pública, principalmente no que se refere à saúde mental. Outro aspecto analisado foi quanto às práticas clínicas nos CAPS, cujo norteador ético-político é justamente ser um serviço antimanicomial de cuidado territorial/comunitário. Outro aspecto relevante foi a atuação das (os) psicólogas (os) no seu cotidiano profissional, no que diz respeito às atividades por elas (es) realizadas dentro e fora dos serviços e que estão dispostas nas diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta pesquisa foi fundamentalmente relevante, pois suscitou questionamentos que não puderam nela serem analisados, mas que compõem de algum modo este novo processo de pesquisa que se inicia, para

voamos para experimentar a dissertação da pesquisa no mestrado. Com muitas questões, muitas paradas para pensar/agir, muitas inquietações e muitas dores, que também entram no jogo da pesquisa.

Tentar construir respostas e também outras perguntas às angústias que se colocam neste caminho é importante para falar dos processos históricos/éticos/políticos que atravessaram/atravessam o campo da Saúde Mental, mais especificamente da loucura.

Assim, é fundamental subverter a lógica positivista,[15] que ainda é bastante difundida na atualidade, e produzir novos modos de intervir potencializadores da vida, faz-se urgente ampliar e afirmar as discussões sobre o lugar da loucura, dentro e fora dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), nos territórios comunitários, e principalmente problematizar o poder da Psiquiatria, enquanto campo de conhecimento hegemônico, que ainda coloca o louco no lugar do imaginário social como degenerado e periculoso (FOUCAULT, 1975, 2010).

tentarmos nos aproximar de como acontece os modos de acolhimento à crise nestes mesmos serviços de saúde mental, atualmente.

[15] Na qual todo conhecimento deve ser baseado em fundamentos lógico e científico, com o viés formalista e passível de ser comprovado empiricamente, ou seja, quantitativamente guiado pela razão, opondo-se a metafísica e ao critério verificável de significado. Exclui do seu processo de produção de conhecimento tudo aquilo que está no campo das forças e que não pode ser verificável, desconsidera inclusive os afetos.

O maior desafio

3 PORTA ABERTA: COMO A REFORMA PSIQUIÁTRICA CONTRIBUI PENSAR A CRISE

> "[...] toda loucura tem sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória" (FOUCAULT, 2010, p. 35).

A Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento da Luta Antimanicomial, nos seus princípios ético-políticos, operaram vastos avanços nos cuidados/assistência/direitos às pessoas em sofrimento psíquico grave, mas hoje sofrem graves ataques e riscos de retrocessos nas políticas de saúde mental brasileira. Esses movimentos são importantes ao processo de (re)invenção do lugar social da loucura, na produção de políticas locais e intersetoriais e na criação de redes em serviços substitutivos territoriais, pois forçam a superação do modelo asilar e inscrevem um modo psicossocial de cuidar (AMARANTE, 2013b; NICÁCIO; CAMPOS, 2004; TORRE; AMARANTE, 2001).

Tais movimentos coletivos são importantes na (re)invenção do lugar social da loucura, na produção de políticas locais e intersetoriais e na criação de redes em serviços substitutivos territoriais, pois forçam a superação do modelo asilar e inscrevem um modo psicossocial de cuidar da saúde mental.

Uma das maiores conquistas no Brasil foi da criação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) como dispositivos/estratégias de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2013a). Assim como, a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3.088/MS de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). Tudo isto propiciou o redirecionamento de toda a lógica de atenção da saúde brasileira, especialmente a saúde mental, numa constante superação do modelo biomédico asilar na direção à atenção psicossocial.

Um dos objetivos principais foi/é a articulação e a integração dos vários pontos da rede de saúde, do SUS, no território, e qualificar a atenção à saúde por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011). Mas ainda existem algumas barreiras que devem ser consideradas e continuamente colocadas em questão, justamente por que:

> [...] são múltiplos os desafios na cotidianidade dos serviços substitutivos e da produção de novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e é nesse processo que emerge a complexidade da atenção às situações de crise. Como em todos os percursos de transformação, corre-se o risco de reproduzir o modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p. 72).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve como principal referência a Reforma Psiquiátrica Democrática italiana, cujo principal norteador era a tentativa de delimitar a doença entre parênteses e ocupar-se do sujeito concreto e sua condição existencial (AMARANTE, 2013b), estando ele em sofrimento ou não. Esta concepção gera um processo social complexo, englobando diversas ações de mudança, ao considerar as multiplicidades de dimensões do cuidado que envolve a saúde mental, a saber: a dimensão epistemológica, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-político e a dimensão sociocultural (AMARANTE, 2015).

Em 1987, na cidade de Santos, município do estado de São Paulo, houve a experiência pioneira do processo de desinstitucionalização e de desestruturação dos manicômios, com a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, um gigantesco complexo hospitalar particular psiquiátrico financiado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), cuja capacidade máxima de acolhimento era para 250 (duzentos e cinquenta) internos, mas mantinha mais 500 (quinhentos) pacientes em condições precárias e com denúncias de maus-tratos e torturas.[16] [17]

A intervenção é considerada como o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, com a substituição da internação e a diminuição do tratamento medicamentoso que era o único tratamento destinado aos internos, por algumas estratégias de cuidado como oficinas de teatro, pintura, jornal (QUINTAS, 2007).

Tais estratégias foram utilizadas como novo modo de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico grave, aliadas ao acompanhamento médico com o foco

---

[16] BRASIL, Agência. Santos é pioneira na luta antimanicomial. **Último Segundo**. 2010. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/santos-e-pioneira-na-luta-antimanicomial/n1237686246722.html>. Acesso em: 05 abr. 2019.

[17] QUINTAS, Renata Martins. Criação do CAPS de São Paulo. In: _____. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva**. 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. p. 52-54.

interventivo principal fornecer o apoio terapêutico para a volta dos internos ao convívio social (QUINTAS, 2007).

O maior desafio desta nova proposição de tratamento foi considerar as pessoas com transtorno mental cronificado como cidadãs dotadas de direitos. Tal iniciativa provocou a problematização do controle absoluto que se exercia sobre os internos e os efeitos daquele tipo de tratamento entre os próprios internos e os funcionários daquele local.

A maioria dos internos que não eram da cidade santista começou a voltar para suas famílias, e os demais pacientes que já residiam anteriormente naquele município passaram por um período de reabilitação, durante o qual a prefeitura deu início à criação de 5 (cinco) Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), que posteriormente se tornaram Centros de Assistência Psicossocial (CAPS). Cada núcleo passou a atender os internos de uma determinada região da cidade, também dividida em cinco polos. O antigo prédio manicomial ainda funcionou por alguns anos.

Para conhecermos como se deu a construção histórica da atenção psicossocial no Brasil sugerimos o livro do Paulo Amarante (2013a) 'Loucos pela vida', que traça com extremo zelo e altíssimo cuidado e rigor metodológico a historicidade do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e do movimento da Luta antimanicomial. Neste, o autor construiu com os marcos políticos, assistenciais e legais de tais movimentos e nos auxilia a pensar como o cuidado à saúde mental vai acontecendo nos vários momentos históricos.[18]

No Espírito Santo, historicamente, a atenção em saúde mental centrou-se na hospitalização em grandes hospitais psiquiátricos públicos e privados. O processo da reconstrução da assistência psiquiátrica teve início em 1985, no I Encontro

[18] Usaremos a partir daqui os termos cuidado, atenção e acolhimento quando se referirem à saúde, à saúde mental e à crise, indistintamente. Contudo, esboçamos certo distanciamento entre os termos quando consideramos o primeiro enquanto (ato)ação ético-política no cotidiano dos serviços que envolve conhecimento técnico transversalisado e também as forças dos afetos na dinâmica relacional do equipamento. O segundo se refere aos princípios ético-políticos do Sistema Único de Saúde brasileiro que tentam promover práticas de saúde integrais, equânimes, dinâmicas, abertas [permeabilidade para o realinhamento nas práticas de saúde quando forem necessárias para o atendimento e resolução das complexas questões de saúde individuais, familiares e comunitárias] e por fim com bases comunitárias, sempre com ações voltada para exterioridade dos equipamentos de saúde, potencializando o coletivo. Por fim, o acolhimento é a ação de escuta diferenciada, com a chegada do usuário/familiar aos Centros de Atenção Psicossociais, considerando a complexidade no trato com a saúde mental, englobando todas as dimensões possíveis da vida.

Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, que antecedeu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. A discussão acerca dos modos de cuidado da saúde mental se intensificou no Estado no II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental realizado em 1992. Este encontro abriu espaço para o amadurecimento das propostas que seriam apresentadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

Foi a partir de 1995, que o estado do Espírito Santo se coloca de forma efetiva no contexto da reforma psiquiátrica nacional, sobressaindo dois eventos decisivos para isto ocorrer, a saber: a construção de diretrizes para uma política nacional de saúde mental mais evidentes e concretas; e a eleição em 1994 de um governo estadual popular e democrático que priorizou a política de saúde – assim como para a educação. Tais eventos criaram um terreno favorável à discussão de uma política de saúde mental para o Espírito Santo (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

No município de Vitória, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para integralidade do atendimento à pessoa em sofrimento psíquico grave se fortaleceu recentemente quando os CAPS da Ilha de Santa Maria e o CAPS ad passaram a trabalhar na modalidade de CAPS III, ou seja, a funcionar 24 horas ampliando a atenção para a acolhida noturna (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

Esta nova dinâmica ampliou a complexidade do acolhimento e trouxe consigo novos desafios. Tornava-se necessário, agora, uma maior e bem mais fortalecida articulação dos fluxos de atenção à urgência e à emergência. Justamente, porque se ampliava também todas as dimensões do acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico, principalmente no que se refere às implicações dos profissionais da saúde no agenciamento/promoção desta atenção integral (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013; AMARANTE, 2015).

Após longos anos de pleitos para que pudesse ser operacionalizada sua instalação como um modo psicossocial de acolhimento ao louco, no ano de 2012, inaugurou-se enfim, o CAPS III com suas instalações no CAPS II, no município de Vitória, no bairro de Bento Ferreira. Este episódio provocou profundo rearranjo na dinâmica do cotidiano dos CAPS que lidam com transtorno mental grave desse município e, consequentemente, fez emergir novos desafios.

Estudos apontam que a literatura acerca do acolhimento à crise nos CAPS é restrita e carece de mais atenção, e assinalam que “[...] um campo que escapa por entre os nossos dedos: A atenção à crise” (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007), o que forneceu algumas pistas na direção para elaboração da presente pesquisa.

A partir da construção do trabalho de conclusão de curso, cuja pesquisa foi realizada no município de Vitória, no mesmo ano de 2015, havia até aquele momento, no CAPS II e na nova instalação do CAPS III no bairro de São Pedro, no cotidiano do equipamento, certa dificuldade por parte das equipes e do próprio estabelecimento em lidar e acolher à crise (CASTRO, 2015).

Ao considerar as decorrências que esta pesquisa provocou, e por meio da qual suscitou o nosso interesse em dar continuidade nesta inquietação, assumimos tal experiência como referência, e nos questionamos: como os CAPS do município de Vitória – que cuidam das pessoas em sofrimento psíquico grave, que são efeitos de reivindicações sociais por estratégias de atenção à saúde mental substitutivas ao modelo hegemônico biomédico e manicomial – têm acolhido o processo da crise quando esta acontece no seu cotidiano? E mais, como as ações de atenção à crise tem conseguido atender as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial?

É com o desejo mobilizador fazendo frente aos desafios na construção de modos novos de cuidar/viver a produção da saúde, como a criação de novas possibilidades de acolher os sujeitos em sofrimento, tal qual a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial, que esta pesquisa se presentifica.

Tivemos como principal objetivo desta pesquisa, analisar como os processos de institucionalização têm agenciado potencialidades no acolhimento à crise, tendo como perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial, no município de Vitória-ES.

Para tanto, aproximamo-nos da crise no cotidiano dos CAPS; analisamos as estratégias coletivas/comunitárias utilizadas no cotidiano institucional para o acolhimento à crise; vivenciamos as aproximações/afastamentos das equipes no trabalho com a crise; e os desdobramentos destes processos nas relações institucionais.

Neste sentido, ao destacar o tema da crise nas práticas de acolhimento à saúde mental, e mais especificamente no município de Vitória, considerou-se que este é atravessado por jogos de forças complexos, possui múltiplas dimensões, o que transforma tal questionamento numa problematização bastante emaranhada. Para abordarmos este tema, foi primordial realizarmos um delineamento do conceito da crise.

De modo indireto, mas bastante elucidativo tanto Foucault em seus célebres livros 'A história da loucura' (FOUCAULT, 2010), 'A história da clínica' (FOUCAULT, 2014) e 'O poder psiquiátrico' (FOUCAULT, 2006), quanto Canguilhem (2014) em sua obra 'O normal e o patológico' (CANGUILHEM, 2014) contribuem para o entendimento das construções sobre a loucura e o estado patológico na história ocidental. Tais autores compuseram um corpo analítico para entendermos como tais processos atravessaram o tempo e ainda produzem alguns efeitos na vida e nas relações até a atualidade.

Ambos os autores problematizam a questão do discurso médico, modelo hegemônico que gerou e têm gerado, ainda, modos de intervenção e modelos explicativos da realidade, sendo, inevitavelmente, um discurso que não é isento de intenções ou efeitos na realidade.

Isto é bastante relevante quando se pretende pensar as intervenções no acolhimento à crise. Apontam que a ciência não é neutra como se pretende, pelo contrário, é um saber que atravessa a vida cotidiana e gera novos processos de subjetivações, governando e monitorando o que escapa às normatizações (CANGUILHEM, 2014; FOUCAULT, 2014).

***

Vários atores tensionaram/tensionam tais fatos e propiciaram abertura para novas maneiras de atenção à loucura, criou-se então, novos paradigmas de acolhimento e atenção à crise num modo psicossocial, tendo Basaglia como uma das principais referências mundiais (AMARANTE, 2014).

Aqui no Brasil, as referências são muitas e múltiplas. Podemos citar alguns como: Paulo Gabriel Delgado, Paulo Amarante, Gastão Wagner, Antonio Lancetti, Ana Pitta, Magda Dimenstein, Benilton Bezerra Júnior, Roberto Kinoshita entre tantos outros.

Ao atualizarem o movimento de reforma psiquiátrica, constroem continuamente um campo de consistência que inovam as práticas de acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico grave que se encontram no circuito da atenção psicossocial, ou em outros pontos da rede de atenção à saúde e assistência social. Criam uma concepção de crise, inovam as práticas interventivas das experiências desta realidade. Inserem nesta, todas as demais dimensões da vida, como as facetas familiares, relacionais, comunitárias, sociais, políticas, etc., ampliando-a para além de sua sintomatologia e a garante no cotidiano do território (AMARANTE, 2014), enquanto sofrimento-existência.

Existe, ainda, um contingente de trabalhadores, gestores, acadêmicos, estudantes, militâncias, coletivos, fóruns de saúde mental, que constroem cotidianamente uma rede de suporte e transformam o cuidado com a saúde mental e o modo de se viver com o louco na paisagem cotidiana das ruas.

Pensamos também nos anônimos, pessoas comuns, que igualmente constroem esse caminho, um novo modo no cotidiano com os encontros, nas conversas, quando deparam com sofrimentos-existências-em-crise nos ônibus, nas ruas, nos mercados, feiras, operando um modo outro de se relacionar/cuidar.

Esta construção contínua possibilita a criação de novos modos de,

> [...] conviver com a loucura e outras diferenças, sem expurgá-las e sem tanto sofrimento, passam pela incorporação das perspectivas de desnaturalização da crise nas ações territoriais, nas relações cotidianas, na construção dos saberes, na articulação comunitária e intersetorial (COSTA, 2007, p. 106).

A possibilidade de analisarmos a construção social/coletiva dos modos de atenção à saúde mental e o acolhimento da crise, fornece uma maior amplitude de perspectiva para apreender as pistas dos processos que acontecem na contemporaneidade deste acolhimento nos CAPS.

Nicácio e Campos (2004) apontam que no contexto das políticas podem ser destacados sinalizadores acerca da atenção à crise, seja ela na perspectiva substitutiva ao modelo prescritivo manicomial ou não, pois se trata de uma construção coletiva e implica necessariamente uma (co)responsabilização no que se refere às construções de novas possibilidades de cuidado e na construção diária da

desinstitucionalização da loucura e do circuito que engendra necessidade/demanda social.

A problematização da crise é complexa, e não pode ser analisada apenas pelas questões patológicas, uma vez que quando ela entra no circuito psiquiátrico requer uma resposta da organização sanitária e psiquiátrica e isto mobiliza "[...] os sistemas de reconhecimento e de percepção sobre normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, miséria, ruptura das relações familiares, sociais e/ou de trabalho" (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p. 74). E a depender de como esta entrada ocorre, pode-se solidificar ainda mais a necessidade da existência das instituições psiquiátricas hospitalares e manutenção da lógica manicomial (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Além disso, existe certa dificuldade de delineamento de critérios precisos e regulamentações que definam e garantam o acesso da pessoa em crise ao acolhimento e a manutenção de sua saúde e isto ainda se apresenta como um grande desafio da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2015a).

Neste sentido, a ampliação de pesquisas voltadas para este tema é de suma importância, uma vez que a construção dos contornos desta realidade pode produzir sinalizadores mais potentes, no sentido de criar práticas inovadoras de acolhimento à crise e, assim promover a expansão da vida.[19]

[19] Ela acontece quando há o aumento da potência do usuário e ele expande seu território de ação no mundo indo em direção a uma autonomia maior em relação ao ambiente, porém isto não significa independência relacional com o seu entorno, pelo contrário, há o aumento ou a diminuição da potência de agir apenas nos encontros. Mas quando ele apenas reage aos encontros em vez de agir neles, torna-se um indivíduo reativo, dominado pelas paixões, distanciando-se da autonomia. Spinoza (2013) ao trabalhar o conceito de potência, refere-se a ele como o poder de afetar e ser afetado, assim sua ética vai ao encontro da expansão de potência e não se refere a princípios transcendentes de bem e mal, mas sim as relações e os encontros entre os corpos, num caminho em direção à liberdade. A ética seria então uma experiência afetiva que não está submetida a interdições transcendentes, ela é a afirmação de nós mesmos sobre o que nos convém e o que não nos convém na nossa existência (SPINOZA, 2013). E a expansão da vida é justamente, uma ampliação dos modos de produzir paixões alegres em si e no mundo, pois esta é a própria ação.

4 PORTA ABERTA: CRISE

> “Nós somos tão necessariamente loucos que seria estar louco por uma outra espécie de loucura, não estar louco” (PASCAL, 1623-1662).

Apesar da larga consolidação das políticas de estado da saúde mental no Brasil, que o configurava como um dos países mais avançados da América do Sul neste quesito, e da ampla implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em terras brasileiras, o contemporâneo é atravessado por pontos problemáticos no que diz respeito às quatro dimensões na quais a saúde mental se constitui a partir da reforma psiquiátrica brasileira (EVANGELISTA, 2017).

Iremos nos ater, ainda que brevemente a estas quatro dimensões e seus principais enfrentamentos contemporâneos. No que diz respeito à dimensão teórico-conceitual, que problematiza os conceitos fundamentais e as bases teóricas e conceituais dos saberes psicológicos/psiquiátricos que constituem como seu objeto de conhecimento e as suas ferramentas de ações a ‘doença mental’, tem recrudescido com o atravessamento do discurso médico-psiquiátrico que fragiliza o processo de desinstitucionalização e faz aparecer o jogo saber-poder relacionado a tais saberes, que têm tensionado a volta dos hospitais psiquiátricos.

Na dimensão técnico-assistencial, que cria novas concepções de atenção ao sofrimento psíquico na qual a existência-sofrimento em sua relação com o corpo social refere-se à importância de construir novas possibilidades de vida concreta para os sujeitos, têm sofrido efeitos das políticas de austeridade do Estado, que enfraquece a consolidação de uma rede de serviços comunitários cujo investimento é nos novos espaços de sociabilidade, de possibilidades de substituição do hospital psiquiátrico.

Já a dimensão jurídico-política, que propõe uma revisão das legislações sanitária, civil e penal e a redefinição das relações que envolvem direito e cidadania, sem os quais não se pode conhecer um novo lugar para o louco no cotidiano da vida; recentemente foi golpeada pela Nota Técnica 11/2019 que reorienta o modo de assistência à saúde mental com a uma lógica de funcionamento centrada no modelo manicomial como o cuidado primeiro das pessoas em sofrimento psíquico, contrariando toda a construção coletiva do modo psicossocial.

Por fim, a dimensão sociocultural, que diz respeito à transformação do imaginário social da loucura e compreende as três dimensões faladas anteriormente, é diretamente afetada, pois as práticas sociais que constroem a solidariedade e a inclusão daqueles que estão em desvantagem social, a partir do que se produz com as demais dimensões acabam por legitimar, pelo discurso científico, jurídico e a ineficiência das ações técnicas, o louco como um 'doente' periculoso socialmente.

Como vimos, há grandes entraves para a construção de uma ampla e efetiva rede de atendimento à saúde e à saúde mental no Brasil, primordialmente com relação aos tempos sombrios que pairam a política brasileira atual e que tem privilegiado a lógica capitalística de mundo sob o arcabouço econômico neoliberal.

Presenciamos cotidianamente um sucateamento e o desmonte das políticas que amparam grande parcela da população brasileira que necessita da assistência à saúde mental.

Estamos em meio a um grande movimento global de retrocessos nas conquistas sociais e dos direitos das lutas por uma condição de vida mais justa, libertária, nos agenciamentos que valorizam modos outros de vida, modos singulares e antagônicos à lógica capitalística neoliberal, outrora citada.[20] A atualização desse jogo de forças parece expor no que concerne ao cenário brasileiro das políticas, as fragilidades e degradações das relações que nos infringem o cotidiano.

Ao pesquisarmos a palavra crise na plataforma *scielo* (Scientific Electronic Library Online) no módulo assunto (SCIELO, 2017), aparece uma centena de modos de conceituá-la e de abordá-la, mas atrevemo-nos a acreditar que sejam quantidades infinitamente maiores.

Crise se inscreve em vários aspectos da vida humana, desde a dimensão mais particular como o orgânico, a exemplo da crise epiléptica noturna, passando pelas crises socioeconômicas, políticas, inclusive a crise do conhecimento, até a crise mais global, como a ecológica, a exemplo da crise hídrica, que inclusive vivenciamos recentemente no Brasil.

[20] Forças de controle social que capturam, pela força coletiva de trabalho, grupos e indivíduos que se encontram às margens da lógica capitalista, sob a égide do CMI, integrando-os a ela, cuja funcionalidade é a manutenção desta lógica dominante em detrimento das demais possíveis, produzindo subjetividades (GUATTARI; ROLNIK, 1981).

Reforçamos que esta imagem que tentamos construir não é uma tentativa de fragmentar a crise em modelos categóricos aristotélicos, mas apenas uma tentativa de desenhar como ela tem se constituído nos vários âmbitos da vida.

No contexto atual, a palavra crise aparece em grande medida, de forma generalizada ou específica, no contexto da economia (SILVA, 2016), e no mundo das análises financeiras. Ela torna o centro das conversas, o tema das reuniões profissionais, invade os jornais e os meios de comunicação, toma o tempo/espaço vital, os pensamentos, os sentimentos e os agires e produz interferências nos modos de subjetivação humana (MACHADO; LAVRADOR, 2001).

O Capitalismo Mundial Integrado (CMI) cria uma axiomática capitalística de mutação ilimitada e produz capturas dos fluxos de trabalho e de dinheiro, mantendo-os ligados ao corpo do capital, assim como nos explica Guattari e Rolnik (1981): “[...] não possui um programa definido de uma vez por todas; em face de uma crise ou a uma dificuldade imprevista, sempre é capaz de inventar novos axiomas funcionais ou de suprimi-los" (GUATTARI; ROLNIK, 1981, p. 211).

Assim, a crise se torna um modo de funcionamento da grande lógica capitalística no sentido de tentar capturar aquilo que chamamos de forças criadoras, que forçam e quebram os modelos identitários que já não suportam e não dão conta da complexidade do viver, para então utilizá-la como força na sua engrenagem produtiva. Interrogamo-nos então, a crise não se tornaria mais passagem potente, cisão obrigatória para a revolução, à criação? Tornar-se-ia a crise ‘um modo de governo’? Como entra na lógica neoliberal como peça no seu arsenal (INVISÍVEL, 2016)?

Guattari e Rolnik (1981) afirmam que o capitalismo contemporâneo controla todos os setores de produção e da vida humana, e cria uma simbiose com os países que outrora pareciam dele escapar, traz como exemplo a China, que também capturada configura uma colonização planetária.

Neste sentido, Passos e Barros (2009), a partir dos próprios Guattari e Rolnik (1981), ajudam-nos a pensar sobre as novas modulações do capitalismo contemporâneo, que transforma a si próprio, pelo processo de desterritorialização,[21]

[21] Processo da ‘destruição’ dos territórios humanos, nos seus componentes, seus agenciamentos, suas intensidades (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

garantindo-o como “[...] sistema geral de segmentaridade [...]” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 160).

Então ele atravessa os modos de produção de subjetividade e o próprio exercício da clínica, esta que não está separada das demais dimensões da vida, implica obrigatoriamente a política quando por meio dela é possível a experiência crítica/analítica das formas capitalísticas contemporâneas instituídas (PASSOS; BARROS, 2009), quando há a possibilidade de se pensar sobre as condições de vida na contemporaneidade, e seus efeitos na produção de subjetividade.

A crise é polissêmica, assim existe uma variedade de ações que interferem direta ou indiretamente na atenção e nos manejos a ela destinadas. Igualmente aos diversos sentidos e modos de operá-la frente à realidade, existem áreas de conhecimento e núcleos de saberes vastos que se inscrevem na ânsia de melhor produzi-las e propor respostas no desígnio de produzirem sua resolutividade.

Constroem modelos explicativos que produzem efeitos nos modos de intervir na crise, mas ao mesmo tempo se constituem a partir das interferências que estes produzem na dimensão discursiva (FOUCAULT, 1999a).

Consideramos, que os discursos produzidos e restritos a uma realidade datada, não são pura tradução desta, mas, é um dos elementos do dispositivo que a opera, permite-nos manejá-la e realizar “[...] a transubstanciação e fazer do pão um corpo [...]” (FOUCAULT, 1999a, p. 11). Aprendemos com Foucault que os discursos produzem realidades.

Sendo assim, procuramos buscar como a palavra crise, enquanto forma-palavra, configurou-se em significados que de algum modo intervém nas relações compondo a realidade.

No dicionário da língua brasileira o verbete ‘crise’ é descrita como:

> [...] manifestação súbita, inicial ou não, de doença física ou mental [...] manifestação repentina de ruptura do equilíbrio [...] fase difícil, grave, da evolução das coisas, dos acontecimentos, das ideias [...] manifestação violenta de um sentimento [...] período de instabilidade financeira, política ou social (FERREIRA, 2004, p. 276).

Já no estudo de sua etimologia a palavra crise no Latim *crisis*, no Grego *krisis* (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, 2017), refere-se a julgamento, seleção,

resultado de uma avaliação. *Krínein* é o verbo que significa separar, decidir, julgar; e *Krei* é discriminar, distinguir, peneirar na base Indo-Européia (ORIGEM DA PALAVRA, 2017).

Outro modo possível de apreendermos algum saber acerca da crise está no paradigma da Libertação, movimento que ganha força na América-Latina, fazendo frente de resistência aos governos ditatoriais nas décadas de 1960 e 1970. Seu maior mote crítico diz respeito às práticas políticas e profissionais que se encontravam próxima ao modo capitalista estadunidense e europeu que mantinham a condição de opressão dos sujeitos (OLIVEIRA; MOREIRA; GUZZO, 2014).

Apesar de adotarem o existencialismo e o marxismo como alicerce teórico-epistemológico para entenderem e criticar a realidade tal como ela se apresentava naquele momento histórico, este movimento foi bastante relevante no cenário sócio-político latino-americano, uma vez que colocou em questão o contexto sócio histórico e buscou a partir disto, transformá-lo (OLIVEIRA; MOREIRA; GUZZO, 2014).

Neste sentido, entendemos que tal movimento se aproxima ao movimento institucionalista, este que nos ajuda na construção ético-política da presente pesquisa, justamente porque coloca em cheque a naturalização da realidade, contrapondo-se aos reducionismos e às dicotomias da vida, e ainda coloca sujeito e objeto na mesma condição, numa relação de constituição/influência mútua, e que conduz, assim, a experiência crítica/analítica instituídas do capitalismo, como afirmamos anteriormente.

O paradigma da libertação, pela via da Teologia da Libertação, assume uma concepção filológica da palavra crise, que tem sua raiz na palavra sânscrita *KRI* ou *KIR*, cujo sentido remete a purificação, limpeza, desembaraço:

> A palavra sânscrita para crise é kri ou kir e significa "desembaraçar" (scatter, scattering), "purificar" (pouring out), "limpar". O português conservou ainda as palavras acrisolar e crisol que guardam a nítida reminiscência de sua origem sânscrita. A crise age como um crisol (elemento químico) que purifica o ouro das gangas; acrisola (purifica, limpa) dos elementos que se incrustaram num processo vital ou histórico e que foram ganhando com o tempo papel substantivo [...] Crise designa o processo de purificação [...] seja corporal, psíquica, moral, seja interior e religiosa, o ser humano sai purificado, libertando forças para uma vida mais vigorosa e cheia de renovado sentido (BOFF, 2010, p. 27).

Assume uma posição de afirmação da crise e a toma como uma potência de transformação, cujo maior efeito é forçar o exercício do pensamento para que as limitações dos estados das coisas, tudo aquilo que está contornado num determinado modelo que não consegue mais doar sentido à realidade, possa ruir diante de uma abertura para dar passagem àquilo que é intempestivo (ROLNIK, 1995), ao acontecimento.[22]

Em suma, observamos que, apesar da possibilidade de se perceber crise como situação potente, há um modo, que ainda é hegemônico de considerá-la como sendo um evento limitador da vida, algo que se faz necessário ser eliminado da própria experiência do vivente, para se retornar a um equilíbrio que nada mais é do que um ideal. Não existe como alcançá-lo, já que se trata de realizar apenas as formas perfeitas de tal modelo, desse equilíbrio do qual só é possível apenas uma aproximação.

Nesta pesquisa não assumimos tal perspectiva, pois entendemos que a saúde é um processo, e apenas pode ser possível quando se é capaz de ser normativo, ou seja, produzir normatividade, modos outros de vida (CANGUILHEM, 2014).

Não obstante, no âmbito da saúde, a crise é palco de ações emergenciais e intervenções tradicionais que tenta excluir as aberturas para o inusitado. Captura o sujeito em sofrimento psíquico grave numa lógica manicomial, amordaçando-o no intento de silenciá-lo, tentativa de retirar dele a possibilidade de falar sobre o seu processo de adoecimento.

Também desarticula os serviços substitutivos que poderiam cuidar deste sujeito em crise acompanhando-o em seu processo, em modos inventivos e de potencialização (MOEBUS, 2014). Mas, há aí, uma fomentação de uma lógica perversa e inversa que não promove nem cuidado, nem saúde.

Pelo paradigma científico, a medicina e a psiquiatria tornam-se saberes hegemônicos e impregnaram formas aos saberes biomédicos como: a Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, entre tantas outras, em uma lógica higienista. Como nos ensina Foucault (2008), na lógica da medicina social o manejo da atenção à saúde destinada à população assumia um modelo policialesco e

[22] “[...] os acontecimentos incorporais, que se elevam como uma fumaça dos próprios estados de coisas” (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 165).

organizativo dos modos de vida urbano, na medida em que se utilizou o poder do Estado para operar as condições de saúde no espaço social, ao mesmo tempo em que docilizava-se os corpos com práticas pedagógicas (FOUCAULT, 2008).

Isto posto, no que concerne à atenção à situação de crise nos espaços constituídos para agenciá-la no escopo da Saúde Mental no Brasil, particularmente, mostra-nos que este modelo ainda prevalece e mantém como carro chefe a psiquiatria. No entanto, não todas as psiquiatrias, apenas aquelas que não fazem parte do pensamento crítico da Reforma Psiquiátrica brasileira, prevalecendo seu saber em detrimento dos saberes outros, como afirmam Mondoni e Rosa (2010).

Neste sentido, interessa-nos foi como este mecanismo de produção de saber/poder, discurso/práticas atravessa o âmbito da saúde mental e tem produzido efeitos nas práticas de cuidado na atenção à crise.

Assim, concordamos que pensar a construção sócio histórica acerca dos efeitos do discurso médico é o requisito primeiro para entendermos as práticas/discursos que se engendram ainda hoje os modos de atenção à crise na Saúde Mental. Pensamos ser este movimento importantíssimo para construirmos um corpo de luta que se sobreponha ao modelo que se coloca pela nova Política de Saúde Mental no Brasil, embora este não seja nosso foco nesta escrita.[23]

Portanto, de antemão, assumimos a crise que se contorna no campo da saúde mental, justamente por encontramo-nos inseridos neste contexto de pesquisa e por admitir que tal percurso se edificou sob as diretrizes da atenção psicossocial e antimanicomial, mas que sofre com o grave redirecionamento dados pela Nota Técnica do Ministério da Saúde de 2019.[24]

Não assumimos aqui a intenção de esgotar todas as concepções, entendimentos e manejos relacionados à crise, mas entendemos que, ao enveredarmos neste

[23] Ver páginas 130 et seq. do tópico “Descompensação”.

[24] Reorienta a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. “A Nota Técnica 11/2019 abrange uma série de mudanças que, a despeito de serem descritas como “processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/2001”, representam na verdade o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país” (GULJOR, 2019, p. 1). Esta foi emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, e tem a autoria de Quirino Cordeiro Junior.

caminho temos adotamos um arcabouço teórico que nos propicia um vetor nesta tarefa.

Para entendê-la melhor, poderíamos ter privilegiado a análise dos processos sócios históricos da saúde mental brasileira. Contudo, decidimos ficar atentos aos jogos de poderes que se circunscreveram num determinado momento, e que produziram modos de cuidar da saúde mental nas muitas paisagens da vida e como ela se desenhou no cotidiano dos serviços de saúde mental nos CAPS.

Tivemos com Foucault (2010) ao nosso lado, sussurrando-nos aos ouvidos uma arqueologia da história da loucura e uma genealogia dos cuidados/atenção destinados à loucura. E igualmente, conversamos com Canguilhem (2014) para entendermos como a produção de uma normatividade que constitui subjetividades.

5 PORTA ABERTA: DESCAMINHOS

Quanto à metodologia, pretendemos construir um percurso/caminho, cuja intencionalidade esteve voltada em “[...] pesquisar a experiência, entendida como o plano no qual os processos a serem investigados efetivamente se realizam” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 300). Visando colocar em questão o acolhimento à crise no cotidiano dos CAPS e tendo como sinalizador, os seus desdobramentos no agenciamento das potencialidades dos usuários deste equipamento, dentro da vivência da saúde mental.

Como um caminho metodológico, nosso campo de análise tomou como referência a Reforma Psiquiátrica brasileira é utilizada enquanto suporte técnico-assistencial/jurídico-político/sociocultural para o acolhimento à crise, juntamente com o movimento da Luta Antimanicomial brasileira, cuja diretriz ético-clínico-política é o processo de desinstitucionalização.

Consideramos serem ambos os movimentos, campos de constituição de fazer/saber, que estão em contínua construção, e que consolidaram algumas garantias legais, inclusive de deslocamento/transformação do lugar da loucura no cotidiano social, sob uma lógica de cuidado comunitário e territorial num contínuo fluxo em rede, a exemplo da RAPS (AMARANTE, 2015), embora presenciemos cotidianamente o esfacelamento de tais conquistas legais.

Consideramos a experimentação da pesquisa como um processo que não se encerra em si e que ultrapassa até mesmo os limites da própria academia. Como contribuições nesta escrita dissertativa, entraram os diversos atravessamentos que foram experimentados em espaços de discussões sobre o tema da saúde mental, em eventos como 3º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental e 1º Encontro Latinoamericano de Direitos Humanos e Saúde Mental, com a apresentação de trabalho na experiência da clínica ampliada que aconteceu em Florianópolis-SC nos dias 28, 29 e 30 de Junho de 2017.

Neste intento, também convidamos para contribuir com a pesquisa as equipes [profissionais dos diversos campos de saberes que compõem a equipe mínima dos CAPS] que trabalham nos CAPS II e III e atendem o transtorno mental de adultos, a época da produção dos dados, no município de Vitória.

Independente do tipo de vinculação trabalhista que possuíam, ou seja, participaram tanto os estatutários, em quaisquer dos regimes, 20 horas, 30 horas ou 40 horas semanais. Bem como, aqueles que são contratados/prestadores de serviços, os que estão realizando alguma intervenção pontual ao período da pesquisa, a exemplo dos estagiários, os supervisores/consultores, os que se encontram realizando alguma atividade afim ou com qualquer outro objetivo. Justamente por ser o foco desta pesquisa apreender o contexto das experiências nas intervenções realizadas no acolhimento à crise nos CAPS.

Optamos por trabalhar com o maior grupo possível de atores, devido ao processo de institucionalização do CAPS envolver diversas forças com modos de intervenções distintos e por entender que a percepção de grupos que trabalham com o tema de forma intermitente podem trazer atravessamentos e efeitos diferentes ao processo a ser construído.

Com relação à produção dos dados, esta foi realizada por meio da participação da aprendiz-pesquisadora em diversos espaços de cuidado inseridos nos equipamentos CAPS II e CAPS III do município de Vitória como: oficina terapêutica, reunião de equipe, grupo de familiares, espaço de formação continuada, grupo multifamiliar, assembleias mensais realizadas nos serviços e na clínica psiquiátrica no modo de conversa com os médicos psiquiatras dos equipamentos.

Como planejamento inicial de pesquisa,[25] tomamo-la como pesquisa-participante e tentamos utilizar a Análise Institucional como caixa de ferramenta para conversar com o campo de pesquisa, neste sentido não pudemos falar em técnicas fechadas, mas, em "[...] um *ethos,* a partir do qual escolhas têm lugar face às características de cada situação" [...] (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 301). Assim, a pesquisa foi feita com "[...] uma aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado" (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015, p. 10), como troca de experiências.

Realizamos a pesquisa nos CAPS, por entendemos como um lugar onde se vivenciam as intervenções cotidianas de acolhimento à crise. Eles estão localizados nos bairros da Ilha de Santa Maria, cuja característica é o atendimento diário,

[25] Ver item 'Como andamos', p. 53 a 59, no qual falamos como construímos a metodologia desta pesquisa.

considerado II, e o de São Pedro, que possui a modalidade de acolhimento noturno, considerado III, no município de Vitória. Nos quais ficamos imersos pelo período de quatro meses, desde Março à Julho do ano de 2018.

Compomos um diário de campo, e realizamos conversas com alguns profissionais dos equipamentos que se dispuseram a contribuir conosco e falar da crise na saúde mental. Tais composições trouxeram ricas contribuições na construção narrativa das experimentações dos processos de crise, que estão imersas na complexa rede da atenção psicossocial do município de Vitória/ES.

Foi de suma relevância apreendermos que a experiência é uma produção coletiva e que por isto, cria-se territórios, transita-se por eles, povoamo-los e construímos mundos, pois é justamente disto que se trata uma pesquisa, a forja de mundos que marca a construção de corpos enquanto território.

Transformação do caos que desfaz toda consistência,[26] o próprio processo de desterritorialização, que leva ao processo de criação frente à desorganização provocada pelo embaralhamento dos códigos e dos modelos constituídos nos estados das coisas (DELEUZE; GUATTARI, 1993, 1997).

Nesta análise consideramos o "[...] sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou ainda do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar e os riscos decorrentes dos caminhos em construção" (ROCHA, 2003, p. 72). Precisamente porque, levamos em conta que a pesquisa é ação a partir do recorte do cotidiano num movimento contínuo de construção de outros/novos modos de realidade, e que nela também está implicado o pesquisador (ROCHA, 2003).

Trabalhamos a partir da contribuição com os campos de fazeres /saberes da Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica, da Atenção Psicossocial e do Movimento da Luta Antimanicomial, como caixas de ferramentas que ajudaram a operar a realidade da saúde mental no Brasil,[27] e por promoverem uma aproximação das múltiplas

[26] "Definimos o caos menos pela sua desordem do que pela velocidade infinita com que se dissipa toda a forma que nele se esboça. É um vazio que não é um nada, mas um virtual, contendo todas as partículas possíveis e adquirindo todas as formas possíveis que surgem para de imediato desaparecerem, sem consistência nem referência, sem consequência" (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 153).

[27] "Uma teoria é como uma caixa de ferramentas [...]. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma E quando ela vai incidindo no cotidiano e o pesquisador, por meio da análise de implicação que nela

dimensões da saúde, no acolhimento e na atenção à crise, uma vez que a entendemos como uma processualidade, pois a,

> [...] compreensão das práticas de saúde, [...] maneira como a população identifica suas necessidades de saúde, as explica e se organiza para lhes dar solução e, ainda, como se dão os processos de comunicação social em saúde. [...] contribui retomando na Saúde a problemática do sujeito [...] de forma crítica, contrapondo-se às tendências universalizantes e biologizantes da Saúde [...] (SPINK; MATTA, 2010, p. 42, grifo nosso).

E cuja metodologia de ação encontra suas bases na multiplicidade, que amplia o entendimento do seu sujeito/objeto de intervenção, visa à reformulação da formação e do trabalho na área de saúde, principalmente, por esta encontra-se dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) imerso numa Política de Saúde, com um modo de funcionamento que privilegia a municipalidade do cuidado, e sua territorialidade comunitária, a saúde mental.

Sendo assim, ao priorizar a atenção básica, entende-se a saúde dentro de um processo de historicidade, e possui condicionantes sociais que compõem principalmente as questões das populações historicamente excluídas da atenção à saúde. Considera assim, que nela existem entraves que devem ser superados, como, por exemplo, o modelo hospitalocêntrico (SPINK; MATTA, 2010).

Como proposta de restituição desta pesquisa, enquanto dispositivo da pesquisa-intervenção, a qual se pretende, esta foi acontecendo na própria constituição do seu campo, seu objeto e sujeito de estudo, num processo de (co)emergência no próprio pesquisar, ou seja, no qual nada é garantido de antemão, apenas a certeza da construção de um processo de fazer/saber tomando a experiência como o próprio intervir (PASSOS; BARROS, 2015; BARROS; PASSOS, 2015).

Dispomos de um momento com alguns profissionais de um dos serviços, e apresentamos algumas escritas que foram compostas no período em que estávamos imersos nos equipamentos. Foram entregues alguns textos narrativos, com a intencionalidade de disparar análises coletivas com a crise no cotidiano.

---

está incluído, o trabalho de investigação e a restituição assumem a função de dispositivo que desdobra a pesquisa e promove outras aberturas que forçam novos caminhos sem antever seus destinos (PASSOS; BARROS, 2015; BARROS; PASSOS, 2015) teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas" (FOUCAULT, 2002, p. 71).

Experimentamos, nessa análise, a equipe construir um espaço de problematizações nas suas práticas nos serviços.[28]

Entendemos que a feitura da dissertação não é a mera finalização de uma pesquisa, mas um dos desdobramentos possíveis que implica numa ação política, na qual pesquisador e pesquisados "[...] se dissolvem como entidades definitivas e pré constituídas" (BARROS; PASSOS, 2015, p. 175) assumindo a (co)responsabilidade da nova realidade (co)construída em pesquisa, uma vez que "São os estilos de vidas, sempre implicados, que nos constituem de um jeito ou de outro" (DELEUZE, 2008, p. 126).

A pesquisa nos permitiu apreender as forças que atuam no processo de saúde mental nos CAPS de Vitória/ES, especificamente no que diz respeito ao acolhimento à crise de pessoas adultas na saúde mental, e possibilitou a construção de conhecimento, que foi construído com o equipamento e certamente produziram interferências, questionamentos acerca do cotidiano do cuidado. Esperamos que ela também contribua com outras pesquisas, uma vez que com a crise, deparou-se com um campo de problemas cotidianos no acolhimento à crise.

[28] Ver a página 53 et seq. do tópico 'Como andamos', e as que se seguem a página 140 do tópico "Cada crise é diferente".

6 PORTA ABERTA: AFIRMAÇÃO

Pensar a Reforma Psiquiátrica brasileira implica em problematizar, ao menos questionar-nos, qual reforma queremos afirmar. Ensejamos fortalecer os fazeres dos modos de cuidado na saúde baseados na produção de autonomia dos sujeitos, usuários, trabalhadores e gestores dos serviços, principalmente aqueles que lidam diretamente com saúde mental.

Amarante (2013a) explica-nos, a partir de sua vasta experiência no processo de constituição e afirmação da reforma psiquiátrica brasileira, que ela não está finalizada, acabada. Ela é um processo que só pode acontecer na constituição das redes relacionais e por isto mesmo é composta por diversas forças. Sua constituição acontece de modo heterogêneo e polifônico, uma vez que, como descrito anteriormente, trata-se de várias composições.

A reforma encontra-se circunscrita em certa temporalidade histórica, que a atravessa pelas questões sociais, econômicas, como nos diria uma análise foucaultiana, filosófica, pedagógica, enfim, constitui e é constituída pelos tensionamentos que lhes são contemporâneos.

Afirmar certa Reforma, força-nos a considerar a própria problematização do termo reforma. Será que o que queremos é apenas uma substituição das tecnologias, formas de cuidado, mesmo que um pouco mais humanizadas? Queremos uma reestruturação dos estabelecimentos outrora nomeados de hospício?

Acreditamos que a reforma que está em jogo aqui não encontra conexões com as afirmativas às interrogações anteriores. Não queremos uma reforma docilizada, mas uma reforma com força de desterritorialização/reterritorialização. Uma reforma psiquiátrica que extrapole toda a tecnocracia dos saberes instituídos. Uma reforma psiquiátrica que tensione um modo psicossocial de cuidado. Aquele que só pode ocorrer em compartilhamento, nos vários espaços da cidade, em território comunitário, num ‘cuidado em liberdade’.[29]

[29] O ‘cuidado em liberdade’ é um dos princípios do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira que visa à extinção dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por serviços territorializados de saúde mental. Com o foco na desinstitucionalização visa um processo de desconstrução de práticas manicomiais, aprisionadora, e a construção de novas práticas/saberes que considerem a autonomia dos usuários e o exercício de sua cidadania, ou seja, pensar os valores democráticos como referência ordenadora (AMARANTE, 2013b).

O questionamento é como fazer a reforma psiquiátrica ocorrer, ou melhor, como a temos realizado no nosso cotidiano? Uma vez que, frente à paisagem contemporânea do golpe político de 2016 no qual nos encontramos, e a onda fascista que vivenciamos no contexto pós-golpe brasileiro,[30] e que vem se constituindo há algum tempo no cenário global (NEGRI, 2014), vem compor amplamente as políticas e estrangulando ainda mais os investimentos destinados à saúde, adotando uma perversa política de austeridade?

Cabe aqui, também afirmarmos o que entendemos como políticas públicas. Adiantamos que não é aquela que acontece como normalização estatal de homogeneização das ações públicas, em nome de uma eficiência e otimização dos recursos públicos. Mas uma política estatal constituída num traçado no plano do coletivo, num plano virtual das forças, ou seja, aquele que é atravessado pela força produtiva do desejo e que constrói a realidade social (FRANCO, MEHYR, 2013).

Agora, interrogamo-nos novamente, seria possível uma aposta pautada num projeto técnico-político na produção de subjetividade inserida numa ética de cuidado em meio ao aparato burocrático estatal?

Como produzir um processo de promoção de saúde em meio às burocracias do Estado, que tenta esmagar toda diferença em nome do não desperdício monetário, inserida numa lógica mercadológica da vida?

Emerson Mehry e Túlio Franco (2013) fornecem algumas pistas daquilo que pode escapar a tal burocratização e promover saúde. É na micropolítica realizada no cotidiano do trabalho que se faz o trabalho vivo. São o desejo e os territórios existenciais, dizem eles, capazes de furar todo o amortecimento do trabalho prescritivo, pois, já que o trabalho vivo acontece no plano relacional, é justamente nele que consiste a potência do fazer.

É no trabalho vivo em que há criação, no qual o fazer do cuidado é, tanto na dimensão pública, como na dimensão privada, vivido como liberdade que vai “[...]

[30] Cenário político que culminou no golpe parlamentar-midiático-judicial do governo Dilma Rousseff. Um processo polêmico de acusações forjadas a partir das inconsistências com as normativas orçamentárias, que foram refutadas por perícias do Senado e do Tribunal de Contas da União, mas que levou à admissibilidade da instauração do processo impeachment na Câmara dos Deputados e no Senado. Todo esse processo gerou uma série de disputas de forças partidárias entre os grupos envolvidos, apoiadores e não apoiadores do impeachment da então presidenta do Brasil (BRAZ, 2017; MACAMBIRA, 2018).

operando relações em fluxos de intensidade no interior do [próprio] processo de trabalho" (FRANCO; MEHRY, 2013, p. 158). Então, não há como se instituir um manual de procedimento cotidiano do cuidado em saúde, uma vez que ela só pode acontecer em ato.

O desejo, tal como trabalhado conceitualmente por Deleuze e Guattari em 'O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia' (2010), é a energia produtiva que constitui a realidade social e que se forma no inconsciente, não aquele que foi forjado ao modo psicanalítico que fala de um inconsciente calcado numa história intimista e familiar baseado na relação pai-mãe-criança, num modelo de recalcamento e falta. Mas um inconsciente que é máquina de produção desejante, portanto coletiva, é "[...] força motriz de construção da sociedade [....]" (FRANCO; MEHRY, 2013, p. 156), ou seja, agencia a realidade social e tem seu investimento voltado tanto para o meio social como para o biológico, e que "[...] funciona ao mesmo tempo, nos hiatos e nas rupturas, nas panes e as falhas, [...] nas distâncias e nos despedaçamentos, numa soma que nunca reúne suas parte em um todo." (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 61-62).

Já o território existencial, conceito amplamente discutido por Rolnik (2006), a partir de Deleuze e Guattari (1997) em 'Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia,' no conceito de *rizoma* enquanto fluxo contínuo, como o modo de se inter-relacionar com a vida/mundo e dotá-los de significações, mas que está aberto aos acontecimentos que provocam mudanças na subjetividade (FRANCO; MEHRY, 2013), ou seja, está em curso nos processos de subjetivação.

Os territórios existenciais habitam cada sujeito enquanto singularidade que inscrevem como uma ética que interage no mundo, construindo-o. Portanto, não se trata de apenas uma circunscrição espacial, o território existencial comporta além do plano geográfico, os planos subjetivo, sociológico, biológico, comportamental. É uma relação particular com a vida, compondo-a individual e coletivamente.

Portanto, pensar a Reforma Psiquiátrica requer também pensar que ela não está solta num ostracismo ontológico, mas teve sua germinação concomitantemente com o movimento de lutas pela democracia no período da redemocratização brasileira, emergiu dentro de um movimento sanitarista, um acontecimento no âmbito da saúde brasileira.

Sendo assim, urge pensar a Reforma Psiquiátrica brasileira inserida num sistema de saúde, igualmente inaugurado no processo de redemocratização, cujas diretrizes que o norteiam foi fruto de intensas discussões, num processo de tensionamento, que geraram pactuações acerca de como deveria se organizar e várias maneiras de efetuar a saúde no Brasil.

Sua importância vem efetivamente da força coletiva do movimento, dos pactos que foram, e ainda são realizados em prol da eterna construção por uma sociedade mais solidária, que considere no âmbito da vida todas as diferenças, na qual toda existência possa se efetivar (LAPOUJADE, 2017a).

Conhecer o SUS (Sistema Único de Saúde), e seus princípios, é necessário para entender como o processo de cuidado e promoção de saúde acontece, e que não é de modo apaziguado e tampouco uniforme e homogeneizado.[31] Exige a assunção de um posicionamento ético-político que extrapola o âmbito burocrático da gestão dos recursos, e instaura um modo outro de gerir a vida.[32] São nas perspectivas,[33] modos de pensar o homem/mundo, nas quais se efetiva a promoção da saúde.[34]

Assim Desviat (2018), Merhy (2014) e Paim (2016) apontam que o modelo de atenção à saúde adotado em determinadas sociedades, diz respeito ao modelo assistencial no qual o Estado alicerça toda a sua lógica de funcionamento, ou seja, ao tipo de proteção social adotado por cada país, que pode se configurar como um

---

[31] "O fundamento não dá apenas uma posição ou um apoio, mas confere uma legitimidade aos modos de existência fundamentadas por ele. [...] Não existimos por nós mesmos, só existimos realmente porque fazemos existir outra coisa. Toda existência precisa de *intensificadores* para aumentar sua realidade. Um ser não pode conquistar o direito de existir sem a ajuda de outro, que ele faz existir" (LAPOUJADE, 2017b, p. 24-25, grifo nosso).

[32] Entendemos que "[...] *modo* não é uma existência, mas a *maneira* de fazer existir [...] em determinado plano. É um *gesto*" (LAPOUJADE, 2017c, p. 15).

[33] O termo 'perspectiva' ao qual nos referimos não é aquele no qual o indivíduo emite sua opinião embasada nas suas experiências pessoais e nas suas convicções, e que reflete um determinado posicionamento seu na vida, que se coloca exterior ao mundo e igualmente ejetando-se de sua historicidade. Mas embasamo-nos num perspectivismo adotado por Étienne Souriau que, segundo David Lapoujade (2017a), fala que nele não existe primeiro um "[...] mundo comum do qual se apropria para fazer dele o "seu" mundo [...]. Há, inicialmente, mundos "privados", singulares, que formam, [...] um mundo comum através de suas comunicações múltiplas. O mundo se torna comum pela comunicação entre mundos "privados", não são os mundos que se tornam privados pela privatização de um mundo inicialmente comum. Em vez de um mundo comum, há uma multiplicidade de maneiras ou de gestos: maneira de percebê-lo, de se apropriar dele, de explorar suas potencialidades" (LAPOUJADE, 2017a, p. 57). O mundo está intrínseco nas perspectivas, então é a partir das conexões de pontos de vistas que se cria o mundo comum. "Percepção é participação" (LAPOUJADE, 2017a, p. 47).

[34] Id. ibid., p. 15.

modo neoliberal e mercadológico privatista ou como um modo vinculado à condição de cidadania, financiado solidariamente pelo pagamento dos impostos e contribuições sociais.

Isto interfere intimamente no cuidado que se produz, não apenas no âmbito da saúde, mas em todas as dimensões da vida, e "[...] se inscreve no seu universo como uma ética, modo de ser no mundo, a ser construída. [...]" (FRANCO, MEHYR, 2013, p. 161), e que é levada por onde quer que se atue e vivencie o processo de cuidado, tanto para os usuários, como para os técnicos em saúde.

A preocupação em constituir um sistema de assistência à saúde que fosse comunitário, no qual vários atores estivessem intrinsecamente envolvidos numa produção compartilhada da vivência da saúde, ganhou força depois da segunda guerra mundial, quando imensas transformações sociais ocorriam e quando as críticas ao hospital psiquiátrico eram mais extremas.

Porque havia um contexto do uso da internação como o motor do cuidado psiquiátrico principal, em que as condições de vida eram precárias e desumanas, principalmente para as pessoas que se localizavam na linha da pobreza e introduziram-se neste circuito de cuidado à saúde mental.

A Reforma Sanitária brasileira e a Reforma Psiquiátrica brasileira foram se formando como movimentos de críticas radicais aos horrores em relação aos cuidados à saúde e a saúde mental que eram produzidos no país àquela época. Tal preocupação instaura-se desde a década de 1970, com as discussões sobre a saúde da população brasileira na V Conferência Nacional de Saúde.

7 PORTA ABERTA: CAMINHOS OUTROS... EXPERIMENTAÇÃO NA LÓGICA DOS SENTIDOS

A escrita dessa dissertação foi composta, decomposta, disposta, interposta, transposta, (re)posta, proposta por muitas vozes. Vários fragmentos/*continuum*, organização/desorganização, forma/deformação, às vezes retalhos, outras vezes tecidos.

Longo/curto processo formativo, um desejo de outrora, sempre/agora.

Desejo, palavra instigante, intrigante. Constrói, produz, forja criação de mundo/vida, aquilo que também faz ruir, racha, quebra e embaralha o antigo. Aprendida, melhor seria, sentida no corpo, veias/entranhas.

Esse desejo que não prescinde do objeto, acontece de forma inconsciente agindo no real. Que não pode ser simbolizado e também não está subordinado à lei, mas que é parcialmente submetido a entidades repressivas num emaranhado conjunto político, econômico, comunicacional, imanente à produção (BAREMBLITT, 2012).

> Nada me comove que se diga, de um homem que tenho por louco ou néscio, que supera a um homem vulgar em muitos casos e conseguimentos da vida. Os epilépticos são, na crise, fortíssimos; os paranóicos raciocinam como poucos homens normais conseguem discorrer; os delirantes com mania religiosa agregam multidões de crentes como poucos (se alguns) demagogos as agregam, e com uma força íntima que estes não logram dar aos seus sequazes. E isto tudo não prova senão que a loucura é loucura. Prefiro a derrota com o conhecimento da beleza das flores, que a vitória no meio dos desertos, cheia da cegueira da alma a sós com a sua nulidade separada (PESSOA, 1986, p. 76).

Conhecer Deleuze (1974) fez-se façanha. Com a ‘Lógica do sentido’ (DELEUZE, 1974), o que falar?

Escrever....

> Um rosto sem face
> Um corpo sem traje
> Um sentido sem frase
> Um haver sem ser covarde
> Um palco sem mira, sem foco, sem altares
> Uma escrita sem margem, só passagem.
> Uma vida de arte
> Um destino não vale
> A experimentação da carne
> A linguagem como expressão para assim caber o não dizer
> Acontecer

Overdose de Deleuze: lógica, cinema, filosofia da Diferença.

Não há como ter contato e não se contaminar. A abertura incide quase sem querer. O germe se alastra, irradia- se. Mas e o que isto tem a ver com a pesquisa? Tudo, diríamos.

Como pensar o problema de pesquisa? Um caminhar... Este conversa com o atuar. Sim, porque necessariamente implica numa ato-ação.

Pensar nas nossas pesquisas como dispositivo de criação, produção de realidade enquanto possibilidade de, no presente do corporal, ficar à espreita do acontecimento, na fissura, na rachadura que impulsiona a inventar, criação.

Então não há como não pensar a crise como aquilo que interrompe o curso natural das coisas. Crise que incomoda, que revira, que faz dobra. Interessa-nos a crise na saúde mental como acontecimento que coloca em cena, que fornece pistas dos modos de subjetivação no cotidiano.

E os fazeres na atenção à crise psiquiátrica advém daí, do acontecimento, nele se pode agenciar produção de saúde. Criação de vida potente, com autonomia, em (rel)ações comunitárias, afectos alegres em circulação, a experiência encarnada, experimentação.

Em suas escritas, Deleuze (1974) convoca-nos, a cada página, ao exercício do pensamento. Em ‘Lógica do Sentido’, isto é ainda mais propositivo ao considerarmos a complexidade do que se aborda e a estética de sua escrita.

Destarte há mais um exercício imprescindível a se realizar, o desafio de entrar em contato com a leitura deleuziana, e com isto deixar-se contaminar pela sua virulência e os seus efeitos. Mas ao mesmo tempo explorar as possibilidades da criação de um sentido outro, da aventura de se descolar dos decalques dos modelos postos e enfadonhos.

Antecipo que esta leitura não ocorreu solitária, ela só pode ser possível a partir da composição com outros autores para construir certo campo de coerência frente aos esbarrões conceituais com os quais não se poderiam operar avanços, Roberto Machado (2009) foi um deles.

No texto, Deleuze (1974) trata, na décima quarta série ‘Da Dupla Causalidade’, da fundamentação, a partir dos Estóicos e em tensionamento com outros do campo da

filosofia como os Epicuristas, a fenomenologia de Husserl, Kant, para falar da fragilidade do sentido e a autonomia do efeito. Então o que nos apresenta ele? Que o sentido intervém como não-senso, opera como quase-causa e assegura a plena autonomia do efeito (DELEUZE, 1974).

Nesta guisa, Deleuze (1974) nos fala que “o sentido é o efeito de suas causas corporais e de suas misturas” (1974, p. 97). Assim, o acontecimento – este mesmo o sentido? está submetido à dupla causalidade: a mistura dos corpos, a sua causa, e outros acontecimentos que são a sua quase-causa, que para os Estóicos trata-se do “[...] corpo [...] causa no sentido próprio, mas o incorporal de um modo metafórico e à maneira de uma causa” (DELEUZE, 1974, p. 98).

Portanto, o sentido será o resultado de acontecimentos de uma superfície líquida que remetem às modificações intermoleculares, sua causa real, e as variações de tensão superficial, a quase-causa (DELEUZE, 1974), deste modo imanência? Já que esta:

> [...] é ao mesmo tempo o que deve ser pensado, e o que não pode ser pensado. [...] o não-pensado no pensamento. É a base de todos os planos, imanente a cada plano pensável que não chega a pensá-lo. É o mais íntimo do pensamento e todavia o fora absoluto” (DELEUZE, GUATTARI, 1992, p. 78).

Já a autonomia do efeito é definida diferentemente por natureza com relação à causa e por sua relação com a quase-causa, doa ao sentido caracteres diferentes e mesmo opostos. Desde que o sentido é capturado pela sua quase-causa, que o produz e o remete à superfície, ele envolve a potência da causa ideal. Instaura-se assim, uma relação imanente que engendra algo do produto como produtor, ao mesmo tempo ao que é produzido, este o próprio poder genético de pura criação (DELEUZE, 1974).

Entretanto o sentido expresso engendra também dimensões de significação, manifestação, designação. E Deleuze (1974) se pergunta, sem, contudo se propor a resolver, como conciliar o princípio lógico, com aspectos de impassibilidade, de neutralidade em relação ao estado das coisas, que porta tanto um verdadeiro e um falso, com o princípio transcendental, impessoal, em constante construção e que tem a parte e o gênero da verdade, ou sempre a verdade? Está aí um paradoxo. Ele

conclui, segundo Machado (2009), que a relação entre incorpóreos são pura relação de expressão.

Com os atravessamentos deleuzianos, permito-me pensar a experiência da pesquisa acadêmica, o próprio processo de pesquisa e a sua escrita, como um campo de construção de uma lógica dos sentidos, porque nela intervém o plano dos corpos, e o plano incorpóreo nos quais advêm as paixões e as ações. Não seria a pesquisa o próprio pesquisar?

Há nela uma dimensão a qual não se pode ter acesso, porque é incorporal, mas há um exercício do pesquisador em entender como os sentidos são produzidos e o que entra em jogo neste lugar pesquisador. Entender o que há de especificidade no campo de pesquisa, e o que há de inventivo/intempestivo e que produzem o próprio sentido, construções de mundos outros.

como andamos

8 PORTA ABERTA: COMO ANDAMOS

Esta escrita desenha os caminhos percorridos por Elisa, uma aprendiz-pesquisadora que movida pelo desejo envereda na trilha da pesquisa com a crise. Ela quer entender um pouco como os efeitos daquela palavrinha tão diminuta, operam nas vidas das pessoas em sofrimento psíquico. Seus passos a levam para ao mestrado em Psicologia Institucional na Universidade Federal do Espírito Santo.

Preparara-se para o processo seletivo, fizera uma proposta de projeto de pesquisa, enfim, conseguira passar. Mas ao ser selecionada e ingressar naquela Pós-graduação, ela ainda teria que fazer um certo caminho, experimentar passar por um processo formativo.

Teria que estudar, ler, deixar-se sensível ao tocar, ao olhar. Precisaria calar-se, escutar as novas palavras. Novidades em conceitos, em corpos, em sensibilidades. Seria possível um novo mundo? Um mundo que se mostrava à medida que iria sendo construindo, no caminhar.

Assim, meio atordoada com o novo, fora sua entrada na experimentação do mestrado. Um mundo, dentre tantos outros. Não podia mais portar aquele corpo acadêmico de outrora. Aquele corpo de graduanda em Psicologia já não lhe cabia mais. Estava em crise. Mas seria preciso estar em crise para pesquisá-la? Elisa se questionava.

Para ela seria um longo e acidentado caminho. Conhecer a Psicologia Institucional, ser tocada, acariciada e por vezes chacoalhada por Adriana, por Ana, Beth, Alex, Carolina, Danielle, Castiel... Foram muitas – e muitos.

Contudo, definitivamente conversar com Deleuze e Guattari (1992; 1993; 1997; 2010) fora sua maior aventura. Mergulhar na Filosofia da Diferença, Esquizoanálise, mas o que era aquilo? Alguns vetores cintilaram, indicando um caminho, dentre tantos. Jornada provisória, tecendo-se em meio à própria história. Apenas ideias que doaram uma direção (LAPOUJADE, 2017d).

E em meio a todas aquelas – ideias – a necessidade de tomar uma decisão. Como seria a sua entrada no campo de pesquisa? Como fazer a própria pesquisa? Elisa fora sacolejada novamente.

Era preciso um rabisco, uma estratégia para sua imersão no campo. Adentrar na crise sem mais receios ou temores e sem mais censuras, definir como seria. Marcara então a qualificação do projeto. Momento propício para compartilhar as interrogações que surgiram até ali, e construir um esboço da pesquisa.

O momento da qualificação fora atravessado por perturbações intensas. Inúmeros questionamentos: como falar da crise? Com que crise Elisa queria caminhar na pesquisa? Com quem ela faria a composição conceitual na dissertação? Como fazer as intervenções no campo da pesquisa, em outras palavras, como ela faria para produzir os dados da pesquisa? Como falar com os sujeitos da pesquisa?

Ela precisara submeter seu projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santos (BRASIL, 2013). Teria que passá-lo pela Prefeitura Municipal de Vitória, especificamente pela área técnica da Saúde Mental, para autorização da realização da pesquisa. Mas porque todos esses passos? Elisa elegera a crise na saúde mental. A crise que é cuidada num dispositivo que faz parte da Política de Estado de cuidado à saúde mental brasileira, dentro do Sistema Único de Saúde nacional.

Como a pesquisadora escolhera aquele lugar no qual a crise poderia ser destacada e falada? O seu maior interesse era saber como, na vida, as crises iam se desenrolando e levando a novos rumos. Mais ainda, como uma atenção voltada para o cuidado das pessoas em crise poderia interferir nas suas vidas, e o que produziria nelas no intuito de ampliação de vidas.

A partir dali, e após todos os trâmites ético/legais percorridos, chegara a hora de entrar em contato com os dois campos que foram privilegiados para imersão na pesquisa propriamente dita. Elisa precisara falar de si, do mestrado, da pesquisa com as coordenações de cada lugar.

Precisara pactuar como faria sua entrada e se comprometer com as particularidades de cada espaço e a ética com a pesquisa em saúde, uma vez que eram lugares que necessitavam de um cuidado mais sensível às questões de sofrimento.

Ela preferiu participar das atividades que já ocorriam em cada espaço. Queria experimentar o cotidiano dos serviços, tal como eles acontecem, os seus movimentos, suas inter[rel]ações diárias, assim como na vida. Sentir os momentos, as sensibilidades, os corpos em movimento.

Apesar de ter alguns vislumbres das possíveis perturbações que sua imersão nos serviços geraria, não pudera prever todos os efeitos de sua entrada em cada espaço.

Algo desafiador enquanto proposta de metodologia em pesquisa, uma vez que é comum à Academia – à trama universitária – pensar a pesquisa em termos ora quantitativos, ora qualitativos, ficando externo tudo àquilo que pode macular suas interpretações/argumentações críticas. O mínimo, os rastros, o contaminado, apenas as pistas são 'coisas' que não entram na assepsia de um certo modo de pensar a pesquisa universitária.

Mas como ver o 'mínimo', o 'minúsculo', aquilo que geralmente é passagem? Na experiência do cotidiano? Aqui, vive-se num *continnum*, sem fragmentação temporal. E Bergson (2006), então cria um método para apreender tal temporalidade, a duração.

O conceito/método bergsoniano de duração nos incita a pensar a realidade objetiva, as nossas pesquisas e nos nossos objetos de estudo, nos colocando neles em vez de adotarmos pontos de vista sobre eles, usando a intuição ao invés de se fazer uma análise dela. Entrelaçamo-nos neles e não falamos *sobre* eles.

Para Bergson (2006) a intuição é o processo de conhecimento que nos insere na duração da própria coisa, não podendo mais nos sobrepor a ela, emaranhamo-nos nela compondo-a. Para Bergson (2006), a apreensão da duração, enquanto método se embrenha no próprio movimento constituinte do ser.

Ela nos leva ao contato com o 'elã' vital, força propulsora voltada para a exterioridade assim que se entra em contato com 'eu profundo', num processo de interiorização. O 'eu profundo' se instala na duração e é desprovido de qualquer representatividade. Em outras palavras, há na intuição uma relação constituinte entre interioridade/exterioridade numa temporalidade a-cronológica, não intelectualizada.

Com a intuição apreendemos nossos objetos fora de toda expressão, tradução ou representação simbólica, num movimento de constituição com ele mesmo, assim, pesquisador e objeto se constituem no processo da pesquisa. Então, ao enveredar-nos com a crise, encontramo-nos imersos nos mesmos processos que a constitui, dissolve-a ou a transforma.

A proposta de Bergson (2006) a intuição enquanto método de conhecimento é assumir que o tempo é indefinidamente indivisível, percebendo-se sua fluidez contínua, e que a mudança vai se prolongando continuamente sem necessariamente haver estados que se transmutam em estágios e gradações distintas.

Assim, a pesquisa com o cotidiano se aproxima metodologicamente com a intuição como caminho de produção de conhecimento, pois ambos falam em acompanhar os processos. Ou seja, acompanhar a crise no seu desenrolar no cotidiano dos serviços, crise que não está lá, *a priori*, mas que vai se compondo com o desenrolar da própria pesquisa e o andar do pesquisador, num campo relacional.

Quando nós falamos em relação, não se trata da sua dimensão vulgar, corriqueira como se fosse um relacionamento, no qual existem vontades de pessoas que se intercruzam, afetando-se cada um com seu entendimento do que esteja ocorrendo naquele encontro. Mas nos referimos ao campo do desejo que gera movimentos e engajamentos pela vida, trata-se de um jogo de forças que impulsiona, adiciona-se e compõe o campo da criação.

Então, Bergson (2006) nos diz que a tradição filosófica e a ciência só viram diferenças de grau há diferenças de natureza. E esquecer-se dessas diferenças nos leva a uma ampla variedade de falsos problemas que, por serem mal colocados, geram respostas deficitárias. Assim, pensar a crise em termos quantitativos ou qualitativos impede-nos de nos colocar reais problemas, o motor da produção de conhecimento.

Portanto, como é pesquisar com o cotidiano? Tarefa que requer uma artesania, certa aptidão de tecer. Realizar certo trabalho manual, duradouro, demorado, no qual se misturam o artesão, sua tecelagem, os fios, as tramas, e aqueles que à primeira vista admiram ‘de fora’ aquilo tudo acontecendo, o fazer da arte. Tudo neste modo de pesquisar compõe/tece a rede relacional cotidiana, fazendo-a, transformando-a.

E assim, Elisa experimentou o cotidiano dos serviços, mesmo que pontualmente ou participando apenas de determinadas atividades, ela vivenciou o dia comum das práticas de cuidado à saúde mental. Por um tempo fez parte do habitual dos serviços, ali onde os sujeitos da pesquisa têm corpos, sofrem, amam, andam, comem, fumam, enfim vivem e morrem.

Há nele uma complexidade que borra todas as linhas, as distinções, por maior que sejam as hierarquizações, as disciplinas, as moralidades. Há certa 'imediaticidade' no viver. Pois a vida escapa, não há como pará-la.

Poderia os mais céticos pensar que nele, no cotidiano, tudo pode caber, até as miudezas mais banais e corriqueiras (GARCIA, 2003). Sim, mas há de se pensar que é nele, onde a vida e no qual não se consegue fracionar a pesquisa da vida e vice versa. Não seria a partir do habitual que se podem extrair as problematizações do viver?

A pesquisa, a pesquisadora, os sujeitos, os objetos compõem planos que se arranjam, não pode haver um sem o outro, pois todos se constituem em relação. Quando Elisa falava de crise, era quando ela aparecia e passava a ser considerada nas falas, nas vidas dos usuários dos serviços, dos profissionais da saúde, com os gestores. Ela era atualizada em cada convocação sua, e naqueles momentos ela passava a existir.[35]

Elisa tentou planejar, registrar um método para sua pesquisa. Elaborou um percurso metodológico articulado e tentou concatená-lo a todo o momento nas suas interações com as pessoas nos serviços, inclusive quando interagia diretamente com elas, nas conversas de corredores, nas intervenções nas oficinas, nas reuniões de equipe.[36]

Contudo, percebera que cada vez que tentara se ater aos questionamentos que envolviam o tema da crise, o que comparecia eram 'as coisas' mais diárias da vida. Problematizações com o uso dos banheiros, o consumo do tabaco que incomodava ou não a quem não o usava, o que fazer com os seus resíduos. O respeito no trato com os outros usuários dos serviços. Comparecera até o modo de se alimentar e como deveriam se portar nos momentos das refeições coletivas, como o café da manhã e o almoço. Elisa se perdia nas veias do aparentemente banal.

[35] Consultar páginas 123 et. seq. do tópico 'As conversas que fazemos'.

[36] Ver as interferências de Elisa com o campo de pesquisa na página 86 et seq. referente ao tópico 'Como se cuida'.

Em muitos momentos de suas vivências com os serviços Elisa se questionava se estava fazendo pesquisa.[37] Como poderia fazer pesquisa preocupada com assunto de sanitários, de banhos tomados ou não?

Fora ali que ela percebera que não poderia estar fazendo uma 'observação participativa', apesar de esta ser inicialmente o direcionamento metodológico de sua pesquisa, inclusive inscrita e fundamentada teoricamente em seu projeto de pesquisa – aprovado em todas as instâncias pelas quais transitou.

Ela estava vivendo, verdadeiramente, aquelas questões com os serviços. Mobilizava os mesmo afetos que todos ali. Não era apenas uma observadora externa, alheia a tais problemas de higiene. Não podia mais se distanciar de seu objeto de pesquisa, porque ela o constituía. Por mais que quisesse se sentir uma estrangeira no campo de pesquisa não conseguia, pois ele também a constituía enquanto pesquisadora.

Aquelas questões eram diretamente e intrinsecamente dela enquanto pesquisadora que ali vivia aquelas questões. Teria que se ocupar dos banheiros, dos resíduos do fumo, das questões de alimentos, de horários. Então, Elisa fizera pesquisa com o cotidiano?

Por mais que se pretendesse desenhar uma metodologia para a pesquisa a título de submetê-la ao Comitê de Ética, esta só pôde acontecer nas idas dia-a-dia ao campo de pesquisa. Nele novamente, no cotidiano que se pode testemunhar – sendo cúmplices também – o surgimento de mundos.

Justamente por ser a vida imprevisível, ela simplesmente acontece. E apenas aí, no interstício pesquisa-vida é que se existem as rel-ações, assiste-se "[...] ao nascimento de um novo mundo" (LAPOUJADE, 2017b, p. 26).

E ao falar em relação Lapoujade (2017b, p. 27), com William James, auxilia-nos a pensar. Para falar, em termos do empirismo radical, a experiência como "um fluxo de vida imediato".

Pesquisar com o cotidiano, assemelha-se ao cuidar na Saúde Mental. Não há o que já esteja pronto, mas se sabe como fazer, aquilo que faz a rotina que compõe as

[37] A palavra 'vivência' que compõe o presente texto não é considerada como nos modelos explicativos existencialistas, mas fala da experimentação como partes da própria inscrição histórica do existir a cada momento que se entrava no campo de pesquisa. Em outras palavras, 'vivência' significa aqui, viver com, existir em ato.

ações de importar-se quando se está com o outro. Há um comprometimento tácito em estar ali,[38] naquele momento compartilhando a vida e suas ocupações, sejam elas quais sejam não existindo nada que se deva ignorar.

A atenção e o cuidado com a crise também operam na ordem do cotidiano, sendo apenas nele que se pode fazer algo. Assim, há de se assistir certa inventividade nas práticas que produzem cuidados e ampliação de vida. Elas surgem no imediato dos acontecidos, e nada está errado.

Nas práticas de cuidado com a crise não se sabe *a priori* as intervenções que podem dar 'certo' ou 'errado', mas parece que com a rotina do trabalho em cada serviço confere de alguma maneira certo modo em *saber fazer*, ali em ação.

[38] Os termos 'importar-se' e 'comprometimento' não deve ser confundido com uma certa visão democrática-cristã, que envolve uma personalização e culpabilização dos agentes que estão envolvidos nas ações de cuidado na Saúde Mental com a crise, especificamente. Elas falam menos de um modelo, de uma burocratização ou protocolização dos atos de cuidados/pesquisa a serem rigidamente seguidos, e mais como se está implicado com o campo pesquisa/cuidado, ou seja, numa responsabilização direta em construir o campo de pesquisa e os modos cuidados com a crise (LOURAU, 2004b).

fazia arte, uma caneta colorida,
um frasco de tinta usado,
com linhas queria fazer bordado

9 PORTA ABERTA: UMA INTRODUÇÃO?

Nossas narrativas são composições de encontros e afetos, que não podem ser separados em pequenas partes para compor um todo, não há um todo *à priori*. Elas, as narrativas, são fragmentos que podem perder os sentidos, que podem produzir outros sentidos, experimentações.

Seus conteúdos não são princípios universais e não originam verdades igualmente universais, pois se trata de um exercício de escrita que compõe um processo de criação (de) composição que só existe como forja, que instaura uma novidade.

Apesar de elegemos a crise num certo território/campo de pesquisa, a nossa aposta é de tomá-la como uma possibilidade de análise das práticas de acolhimento/atenção a ela, que vão produzindo potência de ação, num cuidado ao transtorno mental em liberdade e com o investimento na ampliação de autonomia.

Produzir sentido e construir os caminhos para este modo de viver, em sofrimento psíquico e em liberdade, requer a produção de um plano de ação que seja bem articulado em seus fundamentos e sustentado coletivamente, enquanto investimento na potência de produção de vida.

Para isto é necessária uma aposta nos princípios ético-políticos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, uma vez que estes têm um percurso de lutas e conquistas no âmbito das políticas destinadas à saúde mental brasileira.

Como usamos essa escrita como força política e na afirmação de tal proposta, ela é tecida também na produção de sentidos para a própria aprendiz-pesquisadora, uma vez que este movimento doa certa substancialidade, tece rede e fornece chão para que, efetivamente germinem as forças que geram desassossegos, faz tremer os códigos de significações e, enfim forçam transformações.

Assim como para Zaratustra em sua peregrinação no deserto, foi fundamental a transformação de seu espírito para poder fazer,[39] no jogo da criação, sua liberdade. Também o é para a pesquisa enquanto construção. Movimento e transformação.

O novo se forja no meio da madrugada, sem avisos prévios, quando se acorda ofegante após um sonho. Assemelha-se a entrada ao campo de pesquisa, quando

[39] NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. Os discursos de Zaratustra. In: _____. **Assim falava Zaratustra**. Tradução José Mendes de Souza. ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016. p. 32-84.

se produz estremecimentos a partir das mobilizações dos afetos, e sua potência vem justamente da periculosidade desses encontros, tal como "[...] escrever [é] postar-se diante de um abismo. Ali, treme-se [...]".[40] Uma escrita potente como a força do empuxo do nascimento que leva à criação do novo, é uma escrita política.

Quando tudo se engendra a uma gravidez que não se realiza, quando está dado o enredo, mas o bebê não dá sinais de querer vir ao mundo, e a mãe não quer se tornar mãe, não trabalha para que o parto aconteça, embora já se tenha as condições clínicas para o nascimento, morre-se aí a inauguração de um mundo.[41]

A força produtora da escrita atravessa cada poro do corpo, assim como a Rolnik escancara,[42] trata-se menos de uma explicação e descrição de fatos que passa pelo crivo cognitivo, e mais de deixar-se que as forças dos encontros [em pesquisa, inclusive] violentem e maculem o corpo forçando-o à mudança, à constituição de um novo corpo. Então, a escrita é também produção de vida.

Assim, antes mesmo de imergir geograficamente no campo de pesquisa, há a construção de um território que se dá a cada movimento que nos leva pela vida. Nas crises que acontecem no percurso do mestrado, habita a potência do empuxo para o nascimento, porém sem se saber, antecipadamente, qual sua forma, quais seus efeitos.

---

[40] Fala trazida pelo BAPTISTA, Luiz Antônio Dos Santos. **A cidade entre pastores e a crueldade da arte**. Seminário de pesquisa apresentado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo. 20 março 2018.

[41] AQUINO, Julio Roberto Groppa. Como escreve Julio Groppa Aquino. **Como eu escrevo**, Brasília, 21 nov. 2017. Entrevista concedida a José Nunes pelo professor titular da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://comoeuescrevo.com/julio-roberto-groppa-aquino/>. Acesso em: 20 nov. 2018.

[42] ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.

Elas doam uma força movente que faz andar, correr, voar. Mas calma, não se pode ter pressa. Na mudança há um *continum* que requer certa demora, necessita de um silêncio para ser ouvida.[43]

Então, neste intento de aventurar-se num processo de escrita que causa máculas criamos alguns personagens, não exclusivamente para sigilo e resguardo dos sujeitos da pesquisa, porque "[...] Somos nós mesmos que fazemos a experiência; mas a experiência não se diz de nós, ela se diz das coisas em relação [...]",[44] em outras palavras, os personagens não são apenas fictícios, são híbridos de vários atravessamentos que compõem a relação, juntamente com a construção do campo.

Não existe apenas a invenção, há também o que se forma, um corpo que está presente no presente. Um corpo cujo fim maior é continuar existindo enquanto natureza,[45] que define sua existência singularmente numa realidade física que se cria na relação, transforma-a e é por ela transformada, que tem seu material no mundo, nas palavras de William James,[46] e mesmo assim, rompe com finalismos exteriores rumo ao processo de individualização.

Assim, a personagem aprendiz-pesquisadora Elisa é composta por vários experimentos, várias experiências e transpassada por várias realidades psíquicas e físicas, assim como os demais personagens que aparecem nas narrativas.

Esta escolha fala mais de como foi acontecendo o processo da pesquisa, de como o movimento vai gerando novos modos de pesquisar, logo, de uma aposta na escrita com força política porque diz de uma constante agitação das lutas contra forças de aprisionamento em identidades estanques, do que apenas uma decisão de modo de escrita, ela ultrapassa a si mesma.

---

[43] Id. Ibid.

[44] LAPOUJADE, David. Do campo transcendental ao nomadismo operário – William James. In: ALLOEZ, Éric (Org.). **Gilles Deleuze**: Uma vida filosófica. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 267-277.

[45] SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. 3ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013.

[46] LAPOUJADE, David. Do campo transcendental ao nomadismo operário – William James. In: ALLOEZ, Éric (Org.). **Gilles Deleuze**: Uma vida filosófica. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 267-277.

Mar

9 1 MAR[47]

9 1 1 Caminhar ao Equipamento Mar [48]

Nos dias iniciais de sua imersão no campo de pesquisa, a aprendiz-pesquisadora Elisa fora convidada para participar de uma conversa com algumas profissionais da equipe para falar um pouco da sua proposta de pesquisa e como se daria a metodologia utilizada por ela naquele espaço.

Na primeira conversa, o convite foi estendido à sua orientadora, o que causou algum estranhamento para ambas, uma vez que não eram comuns os orientadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional receber este tipo de convite. Mas elas acertaram o compromisso, iriam juntas ao equipamento.

Seria o primeiro contato realizado por Elisa no espaço do Mar, o primeiro que ocorreria após a sua mudança de endereço, que antes se localizava no bairro de Bento Ferreira, e onde Elisa realizara seu estágio curricular por dois anos à frente da Oficina de Inclusão Digital. Aquele espaço era alugado e foi utilizado por certo tempo pelo serviço de saúde mental. Agora ele havia se mudado para a Ilha de Santa Maria, cujo imóvel era próprio da prefeitura do município de Vitória.

Quando chegaram, Elisa estava um pouco ansiosa, pois entrar no campo de pesquisa era o que ela mais desejava, àquela altura. A conversa ocorreu com certo tensionamento, mas com abertura para definição dos compromissos da pesquisa. Acordaram quais seriam os passos possíveis a serem dados naquele momento e naquele espaço.

Pactuou-se que Elisa participaria de algumas atividades cotidianas do Mar, e que a escrita da dissertação passaria pela leitura da equipe daquele serviço, tal como

---

[47] Nomeamos arbitrariamente o equipamento substitutivo como MAR, a partir das experiências vividas com a feitura da pesquisa nas inúmeras interações e experimentações que por lá ocorreram no decurso do mestrado. Doamos este nome devido às muitas intempéries com as quais o mar lida seus movimentos, suas correntes, temperaturas, preamar/baixa-mar, marés vivas/marés mortas, e por isto mesmo deve-se respeitar o seu tempo, ou seja, respeitar o tempo das águas. Neste sentido o equipamento de saúde mental também passa por dinâmicas semelhantes de momentos quentes, pulsantes, expansivos e momentos frios, com baixas vibrações e momentos que parece nada acontecer.

[48] Usamos a terminologia equipamento e serviço sem maiores distinções para falarmos dos estabelecimentos CAPS, pois entendemos que neles há uma infinidade de instituições que os compõem.

ocorrera com o seu projeto de pesquisa. Combinaram que nada seria publicado sem o retorno da sua escrita.

Ao final, o sentimento fora de que o trabalho seria realizado em composição, houve um investimento mútuo em afirmar aquele equipamento como modo de cuidado da saúde mental articulado com uma política de produção de vida, que tencionam a superação dos modelos asilares/manicomiais.

No segundo encontro, Elisa fora sozinha, e os pontos principais eram a definição de quais espaços e oficinas ela poderia se inserir para construir sua pesquisa. Ao chegar ao Mar, Elisa logo fora conduzida para uma sala onde estavam três profissionais que se dispuseram a estarem mais próximas dela durante seu período de passagem pelo Mar. Abriram as atividades das quais estavam à frente para sua participação.

Mas, como toda intervenção é atravessada por várias questões, Elisa pôs-se a pensar que tal proximidade poderia também ser uma tentativa, mesmo sem ser intencional, de controlar e vigiar o andamento dela, para que não se fuja dos próprios princípios do equipamento.

Neste encontro, fora recebida pelas profissionais com os informes de quem não queria participar das conversas e quais os espaços que ela não poderia se inserir. Pensou que este movimento ocorrera fruto dos efeitos da entrada de seu projeto de pesquisa.

Ele havia passado pelo equipamento e fora discutido em reunião de equipe algumas vezes. Elisa sentira que naquele momento era importantíssimo para a sua imersão no campo, que se respondesse aos questionamentos para elucidação de alguns pontos da sua proposta de pesquisa. Tendo em vista todos os receios que o projeto de pesquisa suscitou ao equipamento,

Elisa lembrou-se de uma aula, ainda em sua graduação, que falava sobre as luzes, ou seja, as teorias que podem servir para qualquer uso, e sendo assim, como é difícil e complexo falar de crise devido à ampla produção de conhecimento acerca dela e que lançam tantos modos distintos de práticas. Entendera rapidamente quais os cuidados éticos/políticos que deveria ter para a produção daquela pesquisa.

Ela experimentara, pela segunda vez, o mal-estar gerado por uma pesquisa. O pesquisador, que é um estrangeiro ao cotidiano do equipamento e que estava lá

com uma encomenda que não lhe fora gerada pelo próprio campo e, por isso, tornara-se vetor de convergência das angústias e expectativas que a partir dali passam a existir na dinâmica relacional.

A pesquisa também foi perpassada por dificuldades de várias ordens. Foi árduo sustentar a proposta de sua feitura na banca de qualificação da pesquisa no programa de pós-graduação, para um comitê de ética na pesquisa, nas orientações coletivas e, principalmente, nos lugares outros que discutem, estudam, promovem saúde mental, como a secretaria de saúde mental municipal.

A partir deste mergulho no campo da pesquisa e com ele, podemos incipientemente ver que comumente se fala da crise alocada em um corpo que é ou do próprio usuário que sofre, ou do equipamento que cuida dele, mas nunca se analisa a crise que acontece, justamente numa relação. Tomam-se estes elementos como essencialmente objetos de pesquisa, mas não problematizam como os usuários, os equipamentos, as equipes, as famílias, comunidade, enfim, vão se constituindo e promovendo modos de cuidados no processo relacional, que é construído no cotidiano, ou seja, nunca está dado à *priori*, e que também é histórico e atravessado pelas questões contemporâneas.

***

Naquele dia, Elisa chegou ao equipamento Mar como combinado, e fora recebida pelas profissionais que iriam fazer a oficina Passarinhada, com apenas os usuários que estavam com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) planejado para aquele dia,[49] soubera disso em uma conversa prévia com uma das profissionais. E quem não estivesse incluído nas atividades da sexta-feira e quisessem participar teria que ser combinado com a equipe antes.

Elisa pensou consigo, como a circulação e permanência dos usuários no CAPS acontecia? Estariam eles atrelados apenas às atividades prescritas no seu PTS, enquanto estivessem no serviço? E caso eles quisessem participar de outras atividades nas quais não estivessem referenciados, ou ainda, se eles não quisessem participar de atividade alguma, como seria feita essa pactuação com a equipe e os profissionais do serviço?

[49] Nome dado à Oficina por sua proximidade com a cantoria e musicalidade semelhante aos pássaros em composições de afetos.

Assim, tendo em vista que o PTS é construído com a equipe, o usuário, e sua família, e que o CAPS enquanto ordenador do cuidado à saúde mental visa, justamente, um processo participativo e de cogestão entre os atores envolvidos, na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares,[50] obriga-nos a pensar que se as práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de "portas abertas", inseridas no território comunitário, que ultrapassam o próprio equipamento, requer, também, pensar que existe certa autonomia no uso desses espaços pelos próprios usuários. Pois, quando eles estão inseridos numa rede de cuidado nos CAPS, criam uma rede de relações que os fazem explorar o equipamento, tal qual explorariam as ruas da cidade. Passeiam, circulam, interagem criando novas paisagens, gerando novos afetos. Afinal, não seria com isso que se poderia contar para se produzir um cuidado efetivamente em liberdade?

Elisa se encaminhou ao espaço coberto próximo ao pátio, onde tinha uma grande televisão com a qual seria feito o karaokê. Lá já estavam todos que participariam da proposta de cantoria, pareciam bem animados. A presença da Elisa naquele ambiente suscitou bastante curiosidade das pessoas, houve uma rodada de apresentações com perguntas curiosas sobre ela e o que estaria fazendo ali.

Sr. Damião se aproximou e foi logo perguntando a Elisa se ela queria casar-se com ele, e ela o respondeu que já era casada. Mas ele não desistiu em suas investidas e a acompanhou bem de perto, tão perto que chegara a pousar seu braço nas suas pernas que estavam cruzadas. A curiosidade havia tomado corpo e se transbordado em afetos.

Elisa lembrou-se de Antonio Lancetti (2008), que em um dos seus textos, mais precisamente em 'Clínica peripatética', fala que um CAPS turbinado e potente seria aquele que suporta os paradoxos. Naquele momento, Elisa participava da cena paradoxal.

Na medida em que o sr. Damião direcionava suas investidas à ela, ele era interrompido por uma das profissionais que estava à frente da oficina. Elisa tomada pela surpresa, não havia se preparado para o que se poderia produzir nos encontros. Fazia um tempo em que ela não frequentava um equipamento, estava há

[50] Na página 132, nota de rodapé 53, trazemos o conceito de 'cogestão' com o qual trabalhamos nesta pesquisa.

muito afastada do cotidiano dos serviços de saúde mental e se esquecera de como acontecia as relações naquele espaço.

Tudo aquilo era um turbilhão, as percepções, as sensações estavam misturadas e entre uma investida e uma interrupção, lembrou-se das provocações do Lancetti (2008), que um equipamento terapêutico deveria ser aquele no qual a circulação dos afetos pudesse ser livre. Pensou ela, não seria a partir dessa intervenção a via arquitetada para que se pudesse operar alguma mudança que se propusesse terapêutica?

Flores

9 2 FLORES[51]

9 2 1 Caminhar ao Equipamento Flores

Este encontro fora previamente marcado. Entrou-se em contato com a direção para agendar uma conversa no intuito de conversar sobre a pesquisa naquele espaço. Num telefonema breve, Elisa sentiu um calor afetivo, uma vivacidade na voz, uma firmeza na aceitação do encontro. Ela apresentou-se como a pesquisadora que tinha enviado seu projeto para a prefeitura e que tinha visto no acompanhamento do protocolo que ele já havia circulado naquele equipamento.

Henri respondeu que sabia do que se tratava e perguntou da disponibilidade para agendar um dia de conversa com a Elisa. Este cenário forneceu as condições de tessitura da rede de afetos que fornecem elementos para a criação,[52] [53] colocar o novo, aquilo que se pode emergir na relação, em cena. Algo se iniciara no encontro e já assinalavam pistas para a produção de abertura à pesquisa e à própria pesquisadora.

Henri dissera que já havia levado para a equipe e apresentado o projeto de pesquisa fazia algum tempo. Em reunião de equipe, lera o projeto e combinara a entrada da Elisa no equipamento.

Nesta primeira conversa do Henri com a Elisa, e a partir do modo como havia sido recebida naquele momento e a disponibilidade do Henri em saber dos caminhos da pesquisa, Elisa percebeu que sua imersão no equipamento, assim como a sua proposta de pesquisa, fora aceita sem maiores complicações naquele serviço de atenção à saúde mental e por isso ficou tranquila em falar da sua intencionalidade no percurso da pesquisa.

---

[51] Na biologia a flor é um dos modos de reprodução do vegetal e que a partir dali vai produzir novas vidas.

[52] SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. 3ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013.

[53] DELEUZE, Gilles. Décima quarta série: Da dupla causalidade. In: _____. **Lógica do Sentido**. Trad. de Luiz Roberto Salinas Fortes. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 97-102.

Ele se lembrou do caráter público da pesquisa e que esta deveria trazer algumas contribuições para os serviços, mesmo que fosse para colocar em análise alguns entraves das práticas no cotidiano do equipamento.

Falou ainda que algumas pesquisas não provocam efeitos no equipamento, nem trazem a restituição como proposta de retorno [compromisso] da própria pesquisa. E que esta atual proposta da Elisa traria a oportunidade de se pensar algo novo sobre crise no próprio equipamento.

Henri falou de sua vontade de também fazer um mestrado, mas que havia aberto mão dele, momentaneamente, pois tinha passado num concurso público recentemente e assumido a direção do equipamento, mas havia ainda o desejo em fazê-lo tão logo as coisas se acomodassem.

Com a informalidade da conversa, Elisa expôs como gostaria de conduzir a pesquisa, que a metodologia traçada no projeto não era fechada, contudo gostaria de circular um pouco no Flores, participar de algumas atividades e se possível conversar com alguns profissionais sobre a crise, durante sua imersão no campo.

Henri a convidou para participar da reunião da equipe que ocorreria na próxima semana, na quarta-feira pela manhã, e que naquele espaço ela poderia falar mais de sua proposta de pesquisa para a maioria da equipe e também da possibilidade de expor com quais atividades gostaria de fazer composição, além de entrar em contato e conhecer as pessoas, trocar algumas ideias.

Elisa também fora convidada para participar do momento da educação permanente que seria após a reunião de equipe. Ela ficou muito entusiasmada com o convite e logo confirmou sua participação.

A potência daquele encontro,[54] como promoção de expansão da própria pesquisa, produziu alguns pontos para análise, inclusive em questões trazidas na fala do Henri, como o apontamento do equipamento ser relativamente novo e a equipe, igualmente, e iniciando naquele espaço de acolhimento e atenção à saúde mental, na esfera especializada, sem muita experiência na prática da saúde mental. As portas dos equipamentos estavam abertas a presença de Elisa. Salta o modo

[54] Para Spinoza (2013) a potência de agir é conatus (esforço para perseverar no ser) Amor = a alegria + a ideia de sua causa identificada. Ódio = a tristeza + a ideia de sua causa identificada. Paixão é tudo (os afetos).

diferente de acolhimento e preocupações enfatizadas pelos trabalhadores dos equipamentos.

***

Elisa chega ao equipamento Flores as sete e quarenta e cinco horas da manhã, pois sabia que a reunião da equipe se iniciava às oito horas. Anuncia-se na recepção e a profissional que ali se encontrava logo a recebeu e fora anunciar sua chegada ao Henri.

Os dois caminharam rumo à sala na qual ocorreria a reunião, no percurso Henri perguntou se a pesquisadora já conhecia o estabelecimento, ela respondeu afirmativamente, mas disse que quando o tinha visitado na ocasião de sua pesquisa de trabalho de conclusão de curso da graduação, este não estava pintado e colorido como hoje o é. Na época, tinham paredes brancas e salas com portas fechadas que mais pareciam consultórios ambulatoriais. Ao chegarem à sala da reunião o Henri apresentou Elisa aos poucos participantes que ali se encontravam, aguardando o início da reunião.

Elisa procurou um lugar para se acomodar e sentou-se. Uma das profissionais perguntou se ela sentia muito frio e indicou um outro lugar para Elisa se sentar, pois naquele onde ela se encontrava era bastante frio que chegava a incomodar. Elisa logo se direcionou ao lado oposto ao inicial, bem próximo da profissional que lhe fez esta observação.

A sala da reunião tinha dimensões relativamente grandes, ao centro duas mesas colocadas em continuidade para ampliar o espaço em extensão para caber mais pessoas em seu entorno.

Sobre esta estava sendo arranjado, numa toalha colorida de motivos bem festivos, cuja cor principal era o rosado na tonalidade *pink*, um lanche coletivo. Na medida em que cada um ia chegando, trazia consigo um aperitivo para compartilhar durante a reunião e no momento após esta, quando aconteceria o encontro da educação permanente,[55] e o depositava sobre a mesa.

[55] Estratégia de capacitação no campo da saúde mental prevista pela legislação da RAPS (rede de atenção psicossocial) que pode acontecer dentro e/ou fora dos equipamentos, nas modalidades de cursos, discussão de casos, reunião em equipe, entre outros. Um dos mais importantes mecanismos de formação em saúde mental, pois acontece no próprio fazer profissional.

Uma das trabalhadoras do serviço trouxe a garrafa do café e aproveitou para tomar um pouco, abrindo a garrafa para se servir. O cheiro de café fresco tomou conta da sala e algumas pessoas aproveitaram também para tomar o café quentinho.

Uma sensação de familiaridade tomou conta da Elisa, ela lembrou-se da casa de sua avó materna, local de encontro da família, que às vezes acontecia, igualmente, pela manhã cedo, e tinha uma mesa grande posta, ofertando pães, bolos, queijos. E o cheirinho de café no ar. Por um minuto, ela havia se esquecido de que ali era um serviço de saúde voltado para o cuidado de saúde mental.

Eles esperaram um pouco para dar tempo que todos que deveriam participar daquela reunião chegassem e pudesse iniciar a discussão. Passado um período e já com um *quórum* que dava para iniciar os trabalhos, o Henri leu a ata da última reunião e falou da presença da Elisa enquanto pesquisadora da UFES que lá se encontrava para apresentar a sua proposta de trabalho, para conhecer as pessoas e os profissionais do equipamento e compartilhar os modos de contatos para facilitar a comunicação entre eles, tornando-a mais direta e rápida.

Quando Elisa tomou a palavra, um pouco angustiada por falar, e sustentar sozinha seu projeto frente a uma equipe com quinze profissionais das mais heterogêneas especialidades, iniciou se apresentando brevemente, narrando um pouco de sua trajetória até aquele momento. Falou rapidamente dos caminhos que a levaram ao tema de pesquisa e qual era sua intenção com a sua feitura.

Enquanto Elisa expunha seu projeto, ela se deu conta de que as pessoas estavam interessadas no que ela dizia e se mantiveram atentas a sua fala até o final. Houve algumas pausas para perguntas de elucidações de dúvidas acerca da pesquisa e de como a pesquisadora pretendia fazer sua imersão no equipamento.

Ela calmamente, apesar de todo o turbilhão de emoções que lhe aconteciam, explicava cada ponto levantado com certa transparência, até parecer não haver mais questões em aberto.

Ao finalizar sua fala, alguns profissionais se dispuseram para acolhê-la em suas atividades no equipamento e forneceram os horários, dias e modos de como ocorre a dinâmica das atividades no cotidiano do serviço. Também foi uma oportunidade para apresentações pessoais e troca de contatos, assim como havia antecipado Henri no seu encontro individual com a Elisa.

Ao final da sua fala, Elisa agradeceu a oportunidade de participar daquele momento que havia durado cerca de trinta minutos e acabou por atrasar um pouco o andamento da reunião e o encontro da educação permanente. Assim, Henri retomou a palavra, a partir da relevância dos assuntos apontados em pauta e a reunião seguiu.

Abordaram-se as questões do transporte dos usuários para as diversas atividades referentes ao equipamento Flores, questões mais antigas, mas que está operando as resoluções atualmente, como a prescrição de receitas com medicamentos para eventualidades corriqueiras como a dor de cabeça nos usuários durante o final de semana, quando a equipe médica não está no equipamento.

A equipe de enfermagem disse ser uma prática corriqueira, principalmente na atenção básica, que ela própria realiza esta prescrição de receita para este tipo de medicamento, mas que não saberia o porquê esta não era uma prática adotada pelo CAPS.

> — Não existe previsão para entrada de profissional em psiquiátrica?
>
> — Tem um edital aberto, tem vaga para a psiquiatria, mas a prioridade é do CAPS infantil, aí o próximo que entrar, se entrar, é o nosso. Vem para cá.
>
> — Só para aproveitar, tem alguns psicólogos entrando nas unidades, podia ver também para vir psicólogos para cá.
>
> — Tem pedido aberto lá [na Secretaria de Saúde de Vitória].
>
> — Aquele concurso que eu fiz e ainda está aberto tem médico, tem psicólogo. Pergunta no RH, ele vigora até Julho deste ano.
>
> — Então, mas se já abriram outro é porque chamou todo mundo e o pessoal não assume.
>
> — Esse outro que abriu agora é só para médico.
>
> — Quando estive na reunião, falaram que tem que pedir para vir.
>
> — Já está pedido, mas é importante reforçar.

Como ponto de pauta fixa que tinha relação com um caso de crise, uma profissional apresentou uma usuária que tinha iniciado uma crise há alguns meses, e teve a necessidade de ampliação das suas vindas ao equipamento, mas que já haviam combinado, ela e a ‘sua ‘profissional de referência, em reduzir as vindas ao Flores, mas continuar com a disponibilidade do transporte para operacionalizar sua participação nas atividades terapêuticas.

Elisa participara de uma reunião de atenção à crise. Apesar de ser uma novidade para ela, e dos afetos que ali circulavam, percebera que fora um momento ímpar. Sua entrada provocara algum estranhamento. Era um rosto novo na reunião. As pessoas lhe olhavam com curiosidade, queriam saber da pesquisa, o 'objetivo', quem seriam os sujeitos participantes, por quais lugares ela passaria.

A equipe tinha um movimento próprio. Haviam profissionais recém chegados ao equipamento, haviam aqueles mais antigos, e a reunião acontecia com a composição de todos. Quando se precisava de questões medicamentosas a profissional e técnicas em Farmácia assumiam a fala. Quando se tratava de uma questão de um usuário específico, tomavam à frente aqueles profissionais que estavam mais próximo dele e o 'seu' profissional de referência. Quando este profissional não estava presente, outros falavam, mas não deixava de se discutir o assunto em questão.

Para Elisa, parecia que todos sabiam o que acontecia naquele serviço. E caso alguém não estivesse muito familiarizado com o assunto, a equipe colocava para a pessoa pontos relevantes e que julgavam essenciais para discussão da problemática.

Aquelas práticas e modos de intervir era a efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica. Parecia uma equipe disposta a pensar suas estratégias, os modos de cuidados, e a produção de conhecimento, favorecendo-o. Elisa observara que quando algum profissional de referência de um usuário não estava presente à reunião, ainda assim, podia-se discutir o acompanhamento do projeto terapêutico do usuário. Contudo, ela se inquietara com a ausência recorrente do médico psiquiatra, das reuniões que ela participara nenhuma ele esteve presente.[56] Elisa seguia com essa interrogação.

[56] Ver página 144 no item "Cada crise é diferente", trecho no qual a equipe fala da ausência do médico nas reuniões de equipe do equipamento.

10 PORTA ABERTA: CRÔNICAS EM FRAGMENTOS COM A CRISE

Neste momento da dissertação passaremos pelos muitos modos de produzir cuidado com a crise nos cotidiano dos serviços. Precisamos ter paciência com as miudezas e repetições que emergem quando lidamos com o corriqueiro na produção da saúde mental, pois falam dos modos do fazer, na produção de subjetividades que não se colocam em termos de uma cronologia, apenas em uma lógica que fomentam pistas de como ele, o cuidado, opera-se e faz saúde.

Traçaremos as linhas das forças políticas que rompem com os sentidos de mundo e as atualizam. Fazemos aparecer a ordem do discurso médico que ainda é bem incisivo nas práticas do cuidado nesse campo da saúde e tem se fortalecido ao sabor das ondas neoliberais nos modos de governar.

Narraremos modos, dentre outros muitos possíveis, de se operar cuidado com a equipe, com os usuários; de tencionar os encontros para produzir um cuidado com o outro, que possibilita a criação de novas relações e sociabilidades nas equipes, famílias, comunidade e no espaço urbano.

Trazemos a experimentação da cogestão do cuidado com as assembleias que acontecem nos equipamentos e que, a nosso ver, são as estratégias mais potentes em termos de produção/ampliação de autonomia e de práticas de liberdade. Pois, com elas, colocamo-nos nos limites das relações de poder, forçando-nos um investimento ético para não adentrarmos no campo da dominação, assim como nos lembra Foucault (1999b).

CAPS
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SUS
CAPS II
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
BRASIL
CAPS
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ANCORAGEM
CAPSi II
CAPS-AD
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ITABUNA
CAPS II
MOGI
CAPS I

Os CAPS

10.1 OS CAPS

> [...] as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave devem ser, também elas, objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado "extraclínico". O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais (TENORIO, 2002, p. 40, grifo nosso).

Os CAPS são, justamente, esses serviços, que sustentam uma lida cotidiana em saúde mental. Sua estratégia é articular a desinstitucionalização em superação ao modelo asilar/manicomial, com os princípios de cuidado à saúde mental territorial, aberto e comunitário (BRASIL, 2011).

A RAPS é estrategicamente organizada pelos CAPS, tanto nas ações da atenção direta, com a promoção da vida comunitária e ampliação da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, junto às equipes de Saúde da Família (eSF) e agentes comunitários de saúde (ACS), na ativação e articulação dos recursos existentes em outras redes, e com os territórios (BRASIL, 2015b).

O cuidado, nos CAPS, ocorre por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), numa construção coparticipativa que envolve a equipe, o usuário e sua família; a ordenação desse cuidado é de responsabilização do CAPS e/ou da Atenção Básica, em processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos (BRASIL, 2011).

As práticas dos CAPS são portas abertas, nos territórios das cidades. Os PTS acompanham os usuários, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassando, obrigatoriamente, o espaço do próprio serviço, e corresponsabiliza as redes de suporte social, os saberes e recursos dos territórios (BRASIL, 2015b).

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, destinadas às famílias, ou comunitárias e podem advir no espaço do CAPS e/ou fora deles, nos contextos reais de vida das pessoas (BRASIL, 2015b). Elas são construídas de acordo com as necessidades dos usuários e de seus familiares e podem ser realizadas com algumas das seguintes estratégias:

> Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta

qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.

Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.

Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos

> usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.
>
> Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.
>
> Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
>
> Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
>
> Ações de redução de danos: conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrassetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.
>
> Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.
>
> Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações (BRASIL, 2015b, p. 11-13).

Em sua sistematização organizativa, com relação aos equipamentos que compuseram nossa pesquisa, o CAPS II funciona semanalmente de segunda-feira à sexta-feira no período diurno, das oito horas às dezoito horas, e pode estender-se até as vinte e uma horas, em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Já o CAPS III funciona 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semanas, nos municípios com população superior a 200.000 habitantes (BRASIL, 2002). Estes oferecem leitos para acolhimento às crises, que diferentemente dos hospitais psiquiátricos, os leitos são em salas abertas, e há a possibilidade de

acompanhar os usuários por todo tempo em que eles estiverem em acolhimento (AMARANTE, 2013b).

Assim, a modalidade do CAPSII possui a equipe mínima para seu funcionamento de um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior, podendo ser composta com psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e seis profissionais de nível médio, com as seguintes especialidades: técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015b).

Eles atende pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015b).

Já o CAPS III atende, prioritariamente, pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Oferta serviços de atenção continuada, oferecendo retaguarda clínica e acolhimento noturno, também, a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015b).

Sua equipe mínima é composta por dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível universitário sendo eles: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e oito profissionais de nível médio, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015b).

Para o acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por três técnicos/auxiliares de Enfermagem, com supervisão do enfermeiro do serviço, um profissional de nível médio da área de apoio. E no modo de acolhimento diurno a equipe deve ser composta por um profissional de nível universitário, assim como foi descrito anteriormente e três técnicos/auxiliares de Enfermagem, com a supervisão do enfermeiro do serviço, e um profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015b).

10.2 PERAMBULAÇÕES PELO BRASIL

A primeira participação no Congresso Brasileiro Saúde Mental, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental foi em 2016, quando ele aconteceu na cidade de São Paulo. Convidada pela professora e orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso, ela se inscreve para apresentar seu trabalho neste congresso.

Muito eufórica, fez um resumo do trabalho para inscrição no evento. Algum tempo depois recebe a confirmação e o aceite do resumo para apresentá-lo numa roda de conversa.

Fora um evento muito potente. Uma convergência de forças na produção de saúde mental. Todos os dias do congresso organizavam de manhã cedo a programação, tomavam o café da manhã e saiam para os encontros. Participavam pela manhã de mesas redondas discutindo temas imensamente relevantes para o fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica. Problematizações e falas acaloradas surgiam de vários pontos, dos usuários, da mesa, dos movimentos de sociedades civis organizadas, de familiares, de servidores dos serviços de saúde mental, da saúde, enfim, várias vozes ressoavam naquele espaço permeado por afetos.

Tratava-se, sobretudo, dos modos de cuidados no cotidiano, da produção de conhecimento sobre saúde mental, da criação de novos processos de trabalho. Problematizava-se sobre as políticas de saúde, sobre o SUS (Sistema Único de Saúde), sobre o processo de medicalização da vida, e também sobre a ampliação de autonomia com o processo de ‘desmedicamentalização’ na experimentação de alguns usuários de CAPS.[57]

Eram tantos atravessamentos que chegavam a ficar exaustas com tantas atividades. Mas era um cansaço cheio de força criadora. À tarde aconteciam as rodas de conversas, apresentações culturais, as feiras dos produtos frutos das oficinas das gerações de renda, as oficinas, minicursos, tenda Paulo Freire. As trocas, as produções de experiências.

Especialmente, ela ficara curiosa com a feira da geração de renda. Lembrara-se do Basaglia (2005), que falava da geração de renda e seus recursos como um modo

[57] Conceito trabalhado por Paulo Amarante. Sugestões de livros que tratam do assunto: ’Medicalização em psiquiatria’ (2017); ‘Saúde mental e atenção psicossocial’ (2013b) e ‘Psiquiatria social e reforma psiquiátrica’ (2014).

para a produção de autonomia. Ali, com os frutos da venda dos produtos, os usuários exercitavam a gestão de suas vidas, realizavam pactos, exerciam contratualidade social (KINOSHITA, 1996).

Na roda de conversa, a experimentação de apresentar um trabalho acadêmico num evento nacional foi excitante. No final da exposição ocorriam as aproximações das pessoas que falavam sobre os mesmos temas, sobre temas diversos, e sobre aqueles que tinham interesse em conhecer um pouco mais sobre outros fazeres.

O momento mais esperado e também o mais afetivo foi a mesa composta por Lancetti (2016). Todos se espremiam, o auditório principal estava abarrotado com os participantes do congresso. Gente sentada no chão, no colo de conhecidos, não se conseguia ver o fim do espaço, de tantas cabeças, pernas, braços se entrelaçando, enviesando-se para poder ter um lugar onde pudesse ver e ser tocado por aquela voz franzina e afirmativa e muitas vezes impositiva do Lancetti (2016).

Ele acabara de sair de uma última luta sem êxito contra um câncer que o afastara do contato direto com o movimento da Reforma Psiquiátrica. Estavam todos contagiados pela emoção de mais uma vez tê-lo com eles, mesmo que por uma hora apenas. Para muitos, fora a última vez que o viram lutar, ele falecera, com seus sessenta e sete anos, na noite de catorze de dezembro de 2016, em São Paulo.

À noite era pura descontração com os encontros promovidos nos espaços da cidade. As confraternizações eram os momentos de se fortalecer as amizades, os laços e a afirmação de pactos em prol de uma saúde mental ampla. Uma saúde produzida na feitura do próprio trabalho com a saúde mental.

E assim foram os quatros dias de encontros. Ao final, na Assembleia Geral da Abrasme (Associação Brasileira de Saúde Mental), definiram-se os encaminhamentos para o próximo congresso, as deliberações sobre os trabalhos da Abrasme, e o acerto de como continuar seguindo na luta pela produção de saúde no Brasil.

Contaminadas pelos efeitos do evento, para a produção da saúde mental como modo de vida outro, fortalecidas, queriam inflamar. Fazia-se o caminho pela construção do comum.

Assim, no ano de 2017, ocorreu o terceiro fórum de direitos humanos e saúde mental e primeiro encontro latino-americano de direitos humanos e saúde mental,

em Florianópolis-SC. E como no ano anterior, inscreveu trabalho, participou dos vários espaços, mas havia percebido que neste ano, havia algo de diferente.

O evento estava mais condensado, não com menos participantes, mas pareciam estar mais próximos uns dos outros. Inscreveu-se numa oficina de produção de rede da saúde mental, cujo ministrante era Paulo Amarante.

Sentiu-se à vontade para chegar mais perto. Então tomou coragem e pediu para tirar uma foto com ele, que prontamente concordou perguntando de onde ela era dando-lhe seu cartão pessoal. Ela tinha lhe pedido para vir à sua cidade fazer uma fala na universidade.

Ele lhe disse que estava com saudade daquela que também era sua cidade natal, que a vida andava meio corrida e com muitas atribuições e que ultimamente não tinha tempo nem para tirar férias. Mas ela insistiu novamente, e pediu para que pensasse no convite.

Ao final da oficina, correu para a feira de livros que acontecia no *hall* de entrada do evento, nos intervalos era o ponto de encontro dos participantes, e uma grande oportunidade para conhecer os autores dos livros em exposição. Lá, encontrara novamente o Amarante, pediu para que ele assinasse seu exemplar que acabara de comprar. Era tanta emoção que não conseguia conter a animação. Era realmente um evento contagiante.

Todas as vezes que Elisa conseguia, ela participava dos eventos da Abrasme. Eles ocorriam em vários lugares do Brasil. Em cada ano, tanto o fórum como o congresso era em uma cidade diferente. Ambos os eventos eram compostos por uma sonoridade rica em potência de luta e resistências. Várias línguas, várias caras, várias gentes. Elisa, cada vez que participava, ficava mais afetada, era contagiada com as forças das diferenças.

Estes eventos, todas as vezes que ocorreram, foram organizados com os recursos apenas dos associados e inscritos, sem incentivos da indústria farmacológica ou quaisquer outras corporações. Ato de resistência, de força e articulação política em contraposição a lógica mercadológica com vista o lucro e nutri a máquina manicomial do cuidado à saúde mental. Tal articulação é aquilo que marca a continuidade da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Também fazem articulações, contatos, provocam contágios, tecem laços em vinculações. Afirmam ética, política e esteticamente os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial em âmbitos local e nacional.

Há um desmantelamento dos lugares de saberes. Usuários palestram, compõem mesas, falam da vida, das suas lutas cotidianas. Fazem juntos com acadêmicos, trabalhadores de saúde mental, professores catedráticos. A transversalidade age de modo imperativo naquele espaço. Várias ‘Elisas’ se encontram ali. ‘Elisas’ sem nomes, sem rostos, apenas pessoas compartilhando a existência.

Há também um modo de fazer evento único, num clima misturado, vai das problemáticas cotidianas da vida à construção de conhecimento, num fazer/saber coletivo que se transmite sem a tirania de uma especialidade Fazer diferente, construir novos modos e experimentá-lo no cotidiano dos equipamentos e serviços da saúde mental, mostrá-los nestes que se constituem enquanto espaços de luta, dizer daquilo que dá certo ou não, são os efeitos desses eventos.

No ano seguinte, surge, com algumas pessoas que participam dos eventos da Abrasme todos os anos, o desejo de compor o núcleo estadual da Abrasme no Espírito Santo. Às vésperas do congresso de 2018, algumas pessoas interessadas em compor este movimento se reúnem na ETSUS (Escola Técnica do SUS) para discutir a proposta e montar uma comissão de constituição deste núcleo.

10.3 COMO SE CUIDA

Na reunião de equipe no equipamento Flores, Elisa, em sua primeira semana ali, acompanhava uma cuidadosa apresentação à equipe com intuito de pensar as intervenções junto a uma usuária do serviço. Havia, de modo quase palpável, uma preocupação em não expor a usuária e, ainda assim, apresentar os fios relevantes de sua história, envolta em violência sexual e tentativas de suicídio.

Elisa sentira uma ponta de angústia. Fora a sua primeira participação num contexto de definição das ações terapêuticas do cuidado num caso de crise aguda. Tratava-se de um caso extremamente complexo, que possuía vários atravessamentos de condicionantes que o tornavam difícil para discussão, mesmo em equipe.

Para registro desta pesquisa, deseja-se “pinçar” o como a equipe se propôs a conhecer e intervir junto ao acolhimento e acompanhamento da usuária. Não serão trazidos o que foi relatado de seu prontuário e do encontro com os profissionais que a acolheram.

A profissional responsável pelo relato do caso pedira para não se conversar em espaços onde havia circulação de outros usuários e pessoas que não estão diretamente envolvidas, devido à delicadeza do assunto e a fragilidade na qual a usuária se encontrava, por ser uma história muito sofrida e de muita violência.

A equipe, no que Elisa pudera antever, salientava o sigilo e principalmente a rede de afetos da usuária. Destacava-se como ela havia chegado ao serviço, a gravidade de seu estado, quem a havia trazido, os seus laços relacionais com esta pessoa, sua condição financeira e de moradia, bem como possíveis indícios de sua história de violência em sua vinculação com as tentativas recorrentes de suicídio que a levaram ao atendimento.

Era crucial, um ponto de enodamento tateado pela equipe, a compreensão de como a usuária chegara a ser atendida no serviço de internação, retraçando os caminhos na rede de atenção feita por ela. Realçara-se a historicidade dos atendimentos: a jovem já havia passado por numa unidade de atendimento às vítimas de violência, e fora encaminhada para o equipamento Flores por um psicólogo que a acompanhara.

Já tomava medicações prescritas por uma ginecologista. Não era acompanhada pela unidade de saúde de referência, pois não estava cadastrada próximo a unidade a qual residia, sendo sua situação desconhecida da equipe de saúde. Passou pelo pronto atendimento psiquiátrico dois dias antes, fora medicada enquanto estava por lá, mas não se sabia dizer quais as medicações haviam sido ministradas naquele equipamento.

Quando chegara, viera de um atendimento muito cansativo que demandou muito tempo, uma manhã inteira e encontrava-se exausta. Falara bastante antes de estar com a equipe de acolhimento. A profissional tinha optado por conversar com a sua psiquiatra para saber de sua história e não fazê-la repeti-la novamente, justamente para não repetir a sua história de violência, o que a fazia sofrer imensamente. A usuária estava exausta de ter que repetir sua história nos vários serviços de apoio às vítimas de violência, tanto no âmbito policial, da justiça, como nos serviços de

saúde e saúde mental. Apresentava-se frágil, com relatos de alucinações, sem conseguir dormir, sem apetite. Por insistência da equipe tomara apenas um copo de leite.

— Aquela crise estava muito distante da última?

Alguém perguntara.

Disseram que as suas crises vinham se agravando. O psicólogo que a atendia há mais tempo, produzira um relatório, no qual registrou o agravamento de seu estado emocional. Automutilava-se desde os doze anos de idade e as tentativas de suicídio eram bem recentes, sendo duas por medicação. Ela conseguira estudar e passar no vestibular e mantinha uma relação amorosa em que o namorado mostrava-se solícito e bastante angustiado.

Elisa estava atenta ao relato do caso, mas também se mantinha alerta aos movimentos naquele lugar. Alguns profissionais chegavam a segurar a respiração enquanto ouviam o caso. Fora um atendimento difícil. Alguns profissionais que fizeram o primeiro atendimento ficaram muito abalados. Aquilo preocupara a técnica responsável por acolher aquela usuária. Ela apontou que se tratava de pessoas que lidam com casos muito graves, e que aquele fato a preocupara, porque na hora do atendimento, ela teve que intervir na própria equipe que estava fazendo o acolhimento. Chamou a atenção para que, enquanto profissionais de saúde mental, aquele momento seria de cuidado com a usuária. Para Elisa, salta a radicalidade do trabalho em saúde mental, no exato instante em que o trabalho exige a afetação com o outro, e com esta afetação fazer valer uma direção ética de escuta e acolhimento a quem sofre.

Alguém da equipe falara que seria ótimo marcar uma conversa com aquele psicólogo, para o equipamento se apropriar um pouco mais do caso. Perguntou-se se os atendimentos com ele continuariam. O psicólogo a atendia há mais tempo e por isso seria pertinente conversar com ele. Havia a questão do vínculo, da segurança e confiança entre o profissional de psicologia e a usuária. A equipe do serviço a estava conhecendo naquele momento.

Cogitou-se dele dar continuidade aos atendimentos psicológicos e aquele equipamento ficaria de pensar quais estratégias produziriam efeitos terapêuticos

junto com a usuária. Seria melhor se aproximar dos outros espaços, nos quais ela já havia circulado, conclui alguém ali.

Fazer uma busca ativa, alguém falara.

Ela tinha pensamentos de morte com planos muito fortes. Tinha-se que estar muito vigilante com aquilo. Ela tinha um caderno no qual escrevera detalhadamente o que pretendia fazer. Permitiu-se que ela ficasse com o caderno, porque segundo ela, aquele seria sua válvula de escape. Ela escrevia quando se sentia muito mal.

De imediato, a indicação era seguir observando-a. Naquela manhã não se conseguiria atendê-la, mas no dia seguinte, seria possível ouvi-la. A profissional que acolhera falou sobre como acontecia a dinâmica do serviço e que ela passaria pelas trocas de profissionais no atendimento psicossocial.

Num determinado momento, alguém fala:

> — Falou-se uma coisa muito importante aqui, importantíssima, sobre as conversas que a gente tem nos corredores, mas não é só neste caso. Isso acontece todo dia. Eu passo no corredor e ouço as pessoas conversando sobre os casos. Às vezes a pessoa está dentro da sala, está na cozinha e não têm ideia que o que está falando, está sendo ouvido por todos que estão naquele ambiente. Eu já tive que conversar com um profissional, em particular, por conta disso. Já vi usuário indo embora porque ouviu falando sobre ele. São situações que não pode de jeito nenhum, não é apenas neste caso não. São em todos os casos. O que a gente fala, como a gente fala, como a gente se expressa... Isso aqui é um serviço de saúde mental, a gente está trabalhando, não está fofocando sobre o vizinho não. Às vezes é o que me parece que acontece você tem uma conversa com uma pessoa mais próxima, aí você usa termos que não são... Isso não pode acontecer em momento algum, aqui não.

Pelo prontuário da usuária podia-se entender o porquê de tamanha preocupação com aquele caso, falara a profissional que a atendeu no acolhimento.

Elisa ficara surpresa com a fala do profissional sobre as conversas dos corredores. Pensara como se dera sua entrada naquele espaço, pois havia encaminhado seu projeto de pesquisa àquele equipamento pouco antes de receber autorização para realizar a pesquisa ali.

Em seu projeto de pesquisa havia as inquietações que a levara à proposta da pesquisa com a crise nos CAPS.[58] E um dos seus pontos nevrálgicos, fora

[58] Ver ‘Porta Aberta: inquietações’ página 16 et seq.

justamente as conversas de corredores dos profissionais naqueles espaços e que gerou de algum modo obstinações com a entrada de Elisa nos equipamentos pesquisados. Em sua reunião para entrada no serviço, parecera que suas inquietações apontadas logo no início de seu projeto geraram certo mal-estar a alguns dos profissionais do campo.

Elisa entendera que aquilo seria uma resposta direta às suas inquietações de pesquisa. Pensara sobre a ética na escrita, e o que ela provocara nos espaços nos quais circulou e os efeitos produzidos com a pesquisa. Ela, a escrita, produzira aquela realidade. Mas, mais que isto, ela testemunhou, em ato, como acontecia a produção do cuidado em equipe.

Para além da questão do sigilo e suas proteções aos usuários, Elisa fica impregnada com a pergunta: como a equipe de trabalhadores em saúde mental, que cotidianamente lida com o acolhimento à crise, faz para produzir suporte aos próprios trabalhadores? Lembrara-se que,

> [...] diferenças existentes entre os membros da equipe, diferenças que podem ser teóricas, pessoais e de diversas outras ordens. Sejam quais forem, levam-nos a questionar sobre a importância de se suportar essas diferenças, uma vez que é justamente isso que nos fornece instrumentos para lidar com diversos usuários que também são diferentes entre si e diferentes de nós. [...] Polifonia da equipe, [...] existe uma ressonância [...]. Espaços de interlocução também são essenciais, pois qualquer instituição que lide com sofrimento psíquico de alta complexidade exige a disponibilidade institucional de espaços de interlocução entre os membros da equipe, espaços onde os profissionais podem se comunicar, trocar experiências e saberes, discutir casos, serem cuidados e cuidar uns dos outros. Podemos citar como exemplos destes espaços as passagens de plantão, as reuniões de equipe e miniequipe, as supervisões clínico-institucionais e os espaços de convivência, fundamentais para a constituição da unidade dos membros da equipe e, principalmente, para os profissionais conseguirem lidar com o sentimento de mal-estar com o qual, muitas vezes, a clínica da crise nos depara (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 41).[59]

Quanto à usuária, vê-se a equipe debruçando-se para pensar as conexões e continuidades de sua história de vida e de vinculação com os serviços de saúde e saúde mental, mas fica em aberto o quanto a equipe precisa produzir suporte para si mesma, enquanto também produz suportes para acolher aos usuários que sofrem.

[59] Consultar página 125 et seq. no item ‘As conversas que fazemos’, que traz a fala do artista apontando estes lugares de encontros da equipe para produção do cuidado no cotidiano dos equipamentos.

10.4 “COLABORAR, NÃO É?”

Havia combinado na reunião de equipe que participaria da Assembleia do Flores. Seria sua primeira vez neste espaço, embora fora convidada para participar quando ainda era estagiária no equipamento Mar.

Chegara cedo, um pouco antes das dez horas da manhã. No pátio, procura um lugar para se acomodar, senta-se ao lado de dona Margarida. Elisa lembrara-se que ela havia participado da Oficina de Inclusão Digital no equipamento Mar, Dona Margarida passou um tempo frequentando aquela oficina.

Elisa fora estagiária do Mar por dois anos e ofertava este espaço como proposta de estágio do seu curso de Psicologia. A oficina ocorria no início da semana e a participação se dava por demanda espontânea, o grupo era bem diverso, pois a rotatividade dos participantes era intensa. Nunca havia o mesmo grupo na oficina.

A Oficina de Inclusão Digital tinha o objetivo de ser um espaço terapêutico fundamentado nos princípios da clínica antimanicomial cujo foco é o tratamento em liberdade,[60] no cenário comunitário envolvendo toda a sociedade, num movimento de corresponsabilização do cuidado com a loucura e por isto um espaço terapêutico coletivo.

Nela, tudo era pactuado, desde a escolha pelo tema da roda da conversa até a circulação pelo espaço comunitário. Dona Margarida, quando participava da oficina, produzia textos, narrando sua história. Elisa, ao vê-la no Flores e bem disponível para conversar e falar da sua vida, lembrou-se da época de seu período de estágio.

Foram muitos encontros. Alguns rostos daquela época. Muitos atravessamentos, também. Diógenes era assíduo na oficina, gostava muitíssimo de informática. Quando chegava, já trazia as novidades do final de semana. Atualizações sobre filmes, jogos, programas de computador, era um fã do mundo digital.

Na Assembleia do Flores, avistara Elisa de longe, mas não esboçou nenhuma aproximação. Fez sua contribuição, ao pedir a palavra, dizendo que o equipamento precisava de um espaço destinado à computação. Explicara que no equipamento Mar, tinha este espaço, e que participou dele quando circulou por lá.

---

[60] Ver nota de rodapé 29 na página 43.

A Assembleia deste dia possuía uma pauta única, pois o equipamento precisava se articular para que os usuários que não tinham condições de chegar sozinhos ao Flores, pudessem utilizar o transporte para buscá-los e levá-los às suas residências.

Mas, apesar da pauta, as manifestações acerca de outros temas foram muitas. Falou-se do consumo de tabaco no espaço, de como se conseguir o acesso ao passe livre pelo equipamento, fala-se sobre o almoço, que seria servido após a assembleia. A espera pela refeição gera certo movimento. Os usuários ficam um pouco inquietos.

Sofia também circulara pela Oficina de Inclusão Digital no equipamento Flores. Era uma pessoa reservada no Mar, mas no Flores era bastante participativa e ativa. Trazia contribuições para os fazeres do cotidiano no Flores. Nesta assembleia, levantou o tema do consumo do tabaco. Fez a proposta de organizar um modo de consumo que incomodasse menos aos usuários que não fazem uso do tabaco. Também falou um pouco sobre a higiene naquele espaço.

Henri tenta sistematizar a assembleia para fechar alguns encaminhamentos. Fala como a equipe planejou fazer a organização do uso do transporte, da necessidade das pessoas se comprometerem em usar o recurso de maneira mais racional, da assinatura de um termo de compromisso pelos usuários e familiares, firmando o acordo sobre o transporte.

***

> Não me tragam estéticas!
> Não me falem em moral!
> Tirem-me daqui a metafísica!
> Não me apregoem sistemas completos, não me enfileirem conquistas
> Das ciências (das ciências, Deus meu, das ciências!)
> Das ciências, das artes, da civilização moderna!
> Que mal fiz eu aos deuses todos?
> Se têm a verdade, guardem-na!
> Sou um técnico, mas tenho técnica só dentro da técnica.
> Fora disso sou doido, com todo o direito a sê-lo.
> Com todo o direito a sê-lo, ouviram? (PESSOA, 1998)

***

— Colaborar, não é?

Destaca Dona Margarida.

A assembleia segue no intuito de fechar os pactos sobre o transporte e fazer os informativos necessários acerca deste tema. Mas à medida que o horário do almoço se aproximava, a agitação aumentava.

A Assembleia do CAPS é um espaço aberto à comunidade, aos familiares e aos usuários, à equipe para discutir sobre a feitura de seu cotidiano. Poucos familiares estavam presentes, apenas alguns técnicos e estagiários. De repente:

— Sair liberta, livre daqui!

Fala entusiasmada uma usuária.

Batem-se palmas, manifestação espontânea da assembleia.

No caminho de volta, enquanto estava envolvida em seus pensamentos do encontro potente que acabara de sair. Elisa lembrou-se da produção do comum em Antônio Negri. A potência do lugar da fala e o seu exercício democrático. O processo da produção do comum implica em desindividualizar os sujeitos.

Num espaço que é coletivizado, a produção do comum provoca-se, inquieta-se o habitual e promove algumas mudanças mesmo que sem, necessariamente, serem gigantescas. A transformação ocorre de modo sutil, na articulação com a vida cotidiana, à medida que o fazer vai se desenrolando em pactos, acordos, em tensionamentos. Assim, na pauta única pouco se falou em assembleia, mas de outros assuntos relevantes que mobilizam o viver dentro do Flores, aquilo que se pode criar naquele pequeno espaço, o que pode-se (re)afirmar, foi o mais potente, porque, construído, fez-se entendimentos, no encontro (SAIDÓN, 2008).

***

A assembleia passou do pátio para sala. Era uma sala bastante espaçosa, onde ocorriam diversas oficinas. Estava cheia naquele dia, esperava-se que ela acolhesse todos os participantes. Aos poucos foram chegando usuários, familiares e técnicos do serviço, e a sala ficou pequena para tantos.

Os corpos ficaram mais próximos, uns chegavam a se tocarem. Momento quente aquele. A pauta naquele dia era múltipla, assuntos que já estavam acordados, que foram se desenhando no cotidiano semanal, outros que foram levantados no próprio andamento da assembleia.

Ela o avista de longe. Estava meio inquieto, andava pela sala, não conseguia permanecer-se sentado. Ecoavam várias vozes, movimentos de puxar cadeira para sentar, levantar para ceder o lugar para os que iam chegando, chegada de cadeiras de outras salas. Um verdadeiro alvoroço.

Aguardam-se alguns momentos para que as atenções voltassem para a assembleia, esperava-se enquanto todos se acomodassem. Então uma voz se destaca dentre os sons. Henri inicia a assembleia, mas é interrompido por um usuário que diz não conhecer algumas pessoas que ali estavam.

Henri então pede que elas se apresentem. Elisa se apresenta para todos e agradece por compartilhar aquele espaço coletivo. Ele retoma a palavra e fala dos pontos da pauta. O combinado daquele dia seria para organizar a festa junina que aconteceria naquele mês.

Convidaram o Flores para fazer a festa juntamente com os outros equipamentos. Alguém se manifesta contrariamente aquela opção. Queria-se fazer a festa no espaço de convivência no próprio Flores. Fala-se que poderia ser feita duas festas uma em comum com os outros serviços e a outra seria no dia comemorativo dos aniversariantes do mês seguinte. Seria uma festa temática.

Ele se aproxima e começa a tocar em Elisa, que o adverte para não fazer aquilo, pois aquele era um momento de falar sobre a arrumação da festa junina, que era importante ele prestar atenção para poder contribuir e construir a festa junto com os colegas. Mas ele insiste em continuar com os toques. Recebe advertência de várias pessoas para parar de tocá-la, foi necessário um técnico do serviço o retira de perto dela.

Henri fala que nos dias da participação brasileira na copa mundial de futebol não haveria expediente no serviço nos horários dos jogos, seria preciso um aviso no quadro do serviço para que todos pudessem saber dos horários de funcionamento do serviço, alerta-se.

Um murmurinho se intensifica e as atenções se voltam para os comentários futebolísticos, uma animação toma conta da assembleia, afinal aquele era um assunto de interesse nacional. Quem iria ser o campeão naquele ano? O time brasileiro está jogando bem? Será que chegaria à final?

Fala-se sobre as refeições. Elas têm chegado ao serviço dessalgadas. O cardápio tem se repetido várias vezes durante a semana, há pouca variedade de alimentos da marmita. É um assunto bastante discutido.

Debate-se sobre o cotidiano do serviço. O consumo intenso do tabaco por alguns usuários e da falta de zelo pela limpeza do espaço, que é coletivo de uso de todos, acerca dos resíduos deixados pelo consumo daquela substância gera alguns incômodos.

Alguns dão a sugestão de se colocar coletores para o descarte dos resíduos, outros falam da suspensão do consumo no equipamento. Isto acabou gerando alvoroço, algumas falas mais incisivas sobre o direito de poder se consumir o tabaco, principalmente naquele espaço que era um lugar de promoção/ampliação de liberdade e autonomia.

Enfim, um técnico aponta para os problemas que o uso abusivo do tabaco poderia gerar no organismo, e fala de tentar-se um modo de consumi-lo moderadamente. Alguém lembra de que já havia acontecido uma palestra sobre o consumo do tabaco, naquele equipamento.

Ele continua inquieto, pede para assinar a ata da assembleia e a passa para outra pessoa, ela deveria circular para que todos assinassem. Alguém pede para que ele desenhasse, mas ele diz não querer naquele momento e continua a circular pelo espaço no qual a assembleia ocorria.

Alguém queria saber como ficaria o café da manhã, quando os usuários chegassem após ter sido servido no equipamento. Como faria para tomar o café caso atrasasse, após as nove horas. Lembra que conseguiu tomar o café porque alguém lhe dera o seu próprio café.

> — Parece que a gente está fazendo as coisas para atrapalhar as pessoas, mas não é isso.

Depois, ficou-se sabendo que não havia tomado o café em sua residência, porque não tinha gás em casa. A técnica fala que em momento algum havia avisado isso ao serviço, afirma que questões como essas deveriam ser informadas ao equipamento para seu melhor funcionamento. Não se pode deixar de servir o café se o usuário

não tem como tomá-lo em sua casa, porém tudo teria que ser conversado, porque assim,

— A gente se entende.

Esse assunto do café da manhã já vem sendo debatido há muitos anos. Anteriormente, ele era servido naquele mesmo horário, de oito às nove horas da manhã, e todos já saberiam que quem chegasse atrasado não o tomaria. Lembrara, porém, que havia um cafezinho que era servido após o almoço, mas que aquilo não acontecia mais e que no período vespertino era servido o lanche. Alguns usuários batem palmas fervorosamente.

Explica-se que havia uma tolerância para aquele que não conseguiam chegar no horário, principalmente para os que não usavam o transporte e chegavam ao Flores com recursos próprios. Precisava-se entender que haveria regras que deveriam ser seguidas para o melhor funcionamento do equipamento.

Argui-se se aquela tolerância seria para algum caso específico, mas elucida-se que seria para aqueles que não conseguem chegar no horário do café da manhã não ficassem sem tomá-lo. Avisa-se que quem estaria em acolhimento noturno o tomariam juntamente com todos.

Falar do café da manhã, dos cafezinhos entre refeições, Elisa presenciara como acontecia o cuidado naquele lugar. Era preciso planejar o dia-a-dia, saber de quantidades de pó de café. Aquela problemática não era restrita ao coordenador do equipamento, dizia respeito a todos, aos usuários principalmente. Tinha que ser conversado, pactuado.

Elisa sai daquela manhã, mas aquela manhã teima em continuar. De tantos toques, e roçar de corpos, salta fortemente o modo como coletivamente se corresponsabilizam pela gestão do tabaco.

Aquilo se operava de modo coletivo, numa tentativa de discussão democrática e de cogestão. Este era uma das estratégias e requisito importante do cuidado da saúde mental, pois quando o usuário participa da decisão de seu cotidiano, aí está a abertura para experimentação da cidadania.

Não uma cidadania na qual há uma obrigatoriedade no exercício político, social, mas uma cidadania que pode ser experimentada nas decisões mais comuns da vida, como por exemplo, pactuar horários de refeições, como usar o tabaco num espaço que é dividido com outros. Isto efetivamente fala das pactuações que podem levar a uma autonomia possível, uma autonomia cujos efeitos podem ser explorados e vividos diretamente em seu dia-a-dia.

***

Aquela fora a última participação de Elisa na oficina ‘pensando os fazeres’. Faria a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido, que explicava aos participantes da pesquisa quais as garantias éticas que lhes seriam asseguradas e quais os canais de contatos em caso de dúvidas acerca da pesquisa e desistência da participação voluntária.

Ele chegara à oficina agitado, dissera sua acompanhante. Vira abordando quem cruzava com ele pela rua. A técnica perguntara o que lhe havia acontecido com ele naquele dia e pedira que fechasse sua camisa para seguir com a oficina. Ele reluta um pouco em fechar sua camisa, mas logo atende ao pedido.

Dissera que as pessoas pediam-lhe para não encostá-las, mas ele não conseguia atendê-las, não gostava de quem lhes pedia aquilo. Noutros momentos, havia lhe avisado que existiam pessoas que não aceitavam o seu carinho. Destacavam-lhe a necessidade de perguntar se seria possível conceder-lhes aquele tipo de toque.

Seu aniversário se aproximava. Fora um final de semana de visita ao pai e ao irmão, aquela era uma situação que o deixava inquieto. Queria bater na pessoa que lhe acompanhava ao Flores naquele dia, porém quando questionado acerca daquele evento, ele explicara que seria por ela não o deixar pegar nas pessoas pela rua. Dissera várias vezes que não gostava que as pessoas não as deixassem tocá-las. Insistia naquela posição, não podia ser contrariado, pois ficava logo agitado.

A oficina iniciara e já chegara tocando os cabelos da técnica, ela lhe chamara a atenção, pois não havia nem a cumprimentado e já a estava tocando, assim como em outras participantes da oficina. O trabalho na oficina daquele dia parecia ter o foco naquele usuário, mas haviam outros, que escutavam com atenção tudo o que se passava naquela sala.

Situação de difícil manejo para seus familiares. A oficina parecia ter a função de ajudá-los a (inter)agir com ele, como fazer para que ele atendesse aos pedidos das pessoas sem ser tão adverso a tais pedidos?

Elisa lembrara-se que em um dos dias daquela oficina, ele iniciara uma conversa no grupo em outra língua, e fora logo questionado por outra participante, também usuária do serviço, de qual idioma se tratara aquele que ele falava.

Ele a respondeu dizendo ser inglês, e ela logo tratou de continuar o diálogo também em inglês. Porém ele não a respondia, e ela seguia perguntando se ele conhecia determinadas palavras, mas ele continuara em silêncio, parecia que nada entendia.

Ela fizera por um tempo o curso de inglês básico e não conseguira entender o que ele falava, o silêncio continuava. Ele fora tomado de surpresa, outra pessoa que falava outro idioma, semelhante ao seu, mas não o entendia? Nada sabia sobre o que ele falava.

A oficina segue e há uma insistência em falar de seu comportamento naquele final de semana. Ele não conseguira permanecer na oficina até seu encerramento. O assunto em torno do seu comportamento no caminho ao Flores o deixara aborrecido.

Sua acompanhante destacara que ele sentia-se preterido ao irmão pelo seu pai e aquilo o deixava muito transtornado. Ele, novamente, fora convocado para falar sobre aquele final de semana com os seus familiares, pai, irmão, madrinha/madrasta.

Parecia entediado, suspirava para falar, tentava desviar as atenções, soltava beijos, insistia em gestos. Realmente não quereria falar sobre aquele assunto. Contudo, precisava dizer daquilo que o irritava mais uma vez, mas agora num lugar onde várias pessoas poderiam ouvi-lo, e não apenas seu público privilegiado [de sempre], sua mãe.

Certa vez, ele avistara a técnica do Flores chorando. Perguntara o porquê daquela sua tristeza, mas ela o respondera que não era nada. Inconformado, insistia em saber qual o motivo daquele choro e várias vezes ela o respondia dizendo ser uma questão particular e que preferia não falar sobre aquilo.

Na oficina, mais uma vez insiste em saber o motivo da tristeza da técnica. Falara que não conseguira entender, como se tratava de nada se ela chorava. Para ele, o seu choro deveria ser motivado por algo que a entristecera, mas ela nada falava.

Pede novamente para que ela fale porque havia chorado, finalmente, ela pede que ele pare de insistir em perguntar daquilo, que ela falaria, mas ele parasse de perguntar. A resposta parecera enfim tranquilizá-lo. Então, agora, seria sua vez de falar de sua tristeza. Dizer outra vez, como fora seu final de semana e as coisas que o deixaram irritado.

O grupo permanece um pouco em silêncio. A técnica o pergunta se ele havia se acalmado, se poderia retomar a oficina com o grupo. Ele a respondera afirmativamente.

> — Sabe, acho o cabelo dela tão bonito, mas ela não me deixa encostar.

Ele fala indignado por não poder tocar no cabelo de Elisa. Ela dissera, no início da oficina, que ele não a tocasse, mas ele insistia nas investidas.

> — Ela teve muito trabalho para fazer a trança. E você ao tocá-la pode desarrumá-la.

Alerta-o uma das participantes do grupo. Todavia, Elisa falara firmemente que não se tratava daquilo, que ela não gostava de ser tocada daquele modo, e que não o permitia fazer aquilo. Por um momento todo o grupo ficara em silêncio.

Repentinamente, levanta-se e sai da sala. O grupo segue falando sobre ele que não estava mais na sala. Ele não podia mais frequentar a igreja, pois suas investidas incomodavam aos outros frequentadores, fora advertido sobre seu comportamento ali.

Elisa perguntara se ele já havia falado em namorar, mas recebe de pronto uma resposta negativa. Disseram que ficava inquieto apenas ao ver um casal namorando. Na presença do pai ele conseguia controlar a vontade de tocar as mulheres, passara todo o sábado sem realizar tais investidas, porém a sua ausência era um sinalizador que não havia mais impedimento às suas investidas, observara a técnica.

Ao final da oficina, Elisa comunica ao grupo que aquela seria sua última participação e se compromete em fazer um encontro com o grupo para falar sobre o andamento de sua pesquisa. Ela destaca que precisaria trazer para o grupo o que ela produzira até dezembro, pois assim poderia construir juntamente com eles a própria pesquisa.

A oficina se encerra e Elisa se despede de todos e segue em direção à saída do equipamento. Quando estava bem adiantada escuta passos correndo atrás dela. Ele a alcança e a acompanha até o seu carro.

Seguem conversando sobre a festa de comemoração de seu aniversário, Elisa perguntara quantos anos ele faria, respondera que seriam vinte e oito anos de idade. Ela ressaltara que ele já era um homem. Deseja-o um feliz aniversário e assim, despede-se dele e cada um segue seu caminho.

Mas ele insiste em voltar para falar mais um assunto com Elisa. Perguntara-lhe se seu veículo teria injeção eletrônica. Ela respondera que não saberia lhe afirmar, contudo, por se tratar de um carro relativamente novo ele poderia ter aquele dispositivo.

Elisa o indagara se ele saberia dizer o que era e qual a função daquele dispositivo, para sua surpresa ele dissera que se tratava de uma bomba injetora, e então se despede dela e segue em companhia de sua acompanhante.

Para a admiração de Elisa, aquela conversa aparentemente trivial pode lhe fornecer alguns elementos analisadores do contexto daquele dia. Ele agora falava por si, sobre um assunto de seu interesse, ele mesmo elegera o tema para conversar com Elisa e sem a tutela de ninguém mais.

Naquele instante, Elisa percebeu que acabara de ter uma conversa com uma pessoa que se interessava por automóveis e sabia com propriedade do que falava. Ele estava calmo, sereno, tranquilo. Figura que se apresentava bastante distinta daquela que um pouco antes estava na oficina, transtornada, agitada, quase desconfigurada.

Havia tomado um café depois que saíra repentinamente da oficina. Conversado com algumas pessoas pelos corredores do equipamento. Ficara aguardando no lado de fora da sala o seu encerramento. Assim que vira Elisa sair, seguiu atrás dela.

Ela para um pouco no seu caminho e pensa se aquele momento tão banal, cotidiano fora um ato de cuidado. Mas estar disponível apenas para uma conversa No dia-a-dia poderia promover um cuidado? Elisa permanece com mistos de sentimentos. Não conseguira entender nada daquilo.

Encerrara sua participação naquela oficina com a sensação de que tivera provocado algumas interferências que contribuíram para produção de alguns questionamentos que ficou para todo o grupo. Para Elisa ficara a problemática sobre o processo do pesquisar, com sua imersão naquele grupo emergira [com a equipe] a questão do como produzir o cuidado [à saúde mental] no cotidiano do serviço, com as próprias banalidades da vida.

> — E a pesquisa?

Perguntara uma das participantes do grupo.

> — Eu gostaria de saber mais sobre a crise e como o serviço pode me ajudar com ela. Saber mais como o equipamento funciona como ele pode me auxiliar numa crise. Com o grupo, ficara a curiosidade.

Elisa saíra com a sensação, apenas pistas, que experimentara o fazer pesquisa intervenção. Transformara o campo da pesquisa para assim, conhecê-lo e produzir – com ele – um saber com a crise que não estava dado. Um fazer que acontece na paisagem do Flores, no seu cotidiano das relações, ali mesmo durante uma oficina semanal, num dia qualquer da vida.

10.5 A CARAMBOLEIRA

Elas já tinham certa tradição na sua feitura. Ocorriam todos os meses no Mar com bastante participação dos usuários. Diferentemente das assembleias do Flores, esta tinha um calendário pré-pactuado com a equipe de quais profissionais a conduziriam nos dias de suas realizações.

Comumente havia três técnicos à sua condução. Aconteciam no pátio do serviço embaixo da caramboleira, com uma copa frondosa e nos últimos meses nos quais

Elisa participara, estava cheia de frutas. Nela, os passarinhos se amontoavam em seus ninhos, era uma cantoria.

Vez ou outra, durante a assembleia, caíram algumas frutas e rapidamente usuários se levantavam de seus lugares e se apresavam em pegá-las, as caídas no chão, para comê-las, ali mesmo durante as discussões. Elisa achava aquele movimento interessante.

***

Elisa chegara cedo e se dirigira à sala da equipe para falar com Amélia. Era uma das psicólogas do equipamento Mar. Queria saber se seria naquele dia mesmo a assembleia. Subitamente ele entra na sala para pedir um papel para desenhar. Amélia pergunta-o se ele se lembrava da Elisa que fazia a Oficina de Inclusão Digital naquele serviço, porém quando este se localizava noutro bairro da cidade.

Ele faz um gesto de desconfiança, esboça um esforço para lembrar-se, mas diz que não a conhecia e continua a insistir pedindo pelo papel. A psicóloga o questiona sobre os papéis que estavam em seu bolso da calça, e o convida para participar da assembleia que aconteceria dali a pouco. Ele sai da sala desconfiado.

***

A assembleia se inicia, estava bastante cheia naquele dia. De longe ele a observava, parecia que a reconhecia. Amélia levanta-se para montar a pauta daquele dia. Em um papel pardo escrevera em letras grandes os pontos que seriam discutidos, deixando-o exposto, pendurado para que todos o avistassem com facilidade.

Havia algo de diferente naquele espaço. Fizeram uma passarela coberta na passagem para as salas externas. Ela não estava lá anteriormente, fora montada naquela semana. Ela protegia a passagem para as salas de atendimento individual, coletivo e a sala onde ministravam os medicamentos.

A participação de familiares nas assembleias do Mar era bastante frequente. Amélia escreve os pontos levantados pelos usuários e familiares. Depois insere mais dois pontos levantados pela equipe e que também deveriam ser discutidos naquela assembleia.

O uso dos banheiros do equipamento era um assunto recorrente nas assembleias, a avaliação da festa junina, o cuidado com os objetos pessoais, o sigilo na relação entre usuários, funcionários, as funções e papéis de cada um naquele serviço, e por fim, a divulgação sobre o serviço foram alguns pontos levantados naquele espaço de cuidado à saúde mental.

O assunto sobre a utilização dos banheiros era polêmico. Amélia levantara o questionamento de porque aquele assunto sempre voltar para ser discutido em assembleia. Alguém responde que a higiene era um assunto importante e que deveria ser falado.

Diz-se que as mulheres estão mais suscetíveis às doenças, como a infecção urinária, e que por aquele motivo deveriam tentar encontrar uma solução para a manutenção da limpeza dos banheiros. A equipe de serviço geral do equipamento procedia com a limpeza, pelo menos três vezes ao dia, mas seria necessário que os usuários também se responsabilizassem pela higiene do espaço, não apenas nos banheiros.

Naquele momento, Elisa pensa qual seria então, a sutileza entre um modelo higienista/biomédico de cuidado com a saúde cujo foco é a esterilização dos espaços e dos corpos, e um modo efetivo de promoção de cuidado à saúde que fosse construído em corresponsabilização, no qual todos se envolvessem naquele processo de cuidado e protagonizassem ações de constituição de uma saúde coletiva?

Tratava-se de uma construção cotidiana, pois pensara ela, que o processo de saúde/doença não era fornecido de antemão, por isto não haveria procedimentos pré-estabelecidos para promover qualquer tipo de cuidado, eles precisariam ser pactuados e construídos ali mesmo. Ele estava sendo feito exatamente naquele momento, de discussão em assembleia. Era o ato-ação da construção da saúde que se podia experimentar naquele espaço. Aquela assembleia era testemunha da processualidade de saúde.

Aquele assunto do uso do banheiro rendeu certo tempo da assembleia e tomara a proporção de uma discussão mais acalorada quando uma usuária narra seu depoimento de um dia passar muito mal e que precisou fazer uso do banheiro

masculino. Dissera que ficará à mercê da ajuda de outra pessoa, mas ninguém havia lhe auxiliado.

A partir daquele depoimento, na discussão houvera uma quebra, uma disrupção. Ocorrera um momento de silêncio, logo a equipe retomou tentando explicar aquilo, mas até ali não se conseguia produzir um entendimento comum acerca daquele assunto.

Somente com aquela fala da usuária, outros usuários tiveram a sensibilidade do compartilhamento do desamparo numa crise e da necessidade de receber uma atenção maior naquele momento tão difícil.

As pessoas na assembleia, após aquele depoimento, permaneceram certo tempo pensativas, de vez em quando se ouviam uns murmúrios tão baixos que não eram inteligíveis. Após aquela suspensão, a equipe passa para outro ponto da pauta. Uma das usuárias que estava bem envolvida naquela discussão levanta-se e sai.

Elisa percebeu que os assuntos trazidos naquela assembleia, apesar da aparência de trivialidade, eram bastante complexos, traziam imbricados em si questões relacionais de difícil compreensão.

Nos assuntos que se seguem, as questões relacionais e de convivência aparecem mais escancaradas à cena. Um dos usuários coloca em evidência os relacionamentos entre eles e os profissionais, as questões institucionais, a assembleia ganhara um ar de tensionamento.

A assembleia segue sem muitos encaminhamentos. Poucas são as resoluções dadas aos problemas. Contudo, Elisa observa que aquele movimento também fornecia fôlego, tinha a potência de operar alguns desdobramentos, não se saberiam quais. Aquilo em si já trazia uma força transformadora, forçava o pensamento.

***

Elisa chegara à assembleia e procura um lugar para acomodar-se.

— Doutora.

Um usuário a aborda. E continua:

— O médico aumentou meu remédio.

Ela explicara que não era doutora. Meio confuso, ele a pergunta o que era então, já que estava ali para participar da assembleia, juntamente com os outros profissionais e não era uma das usuárias do serviço.

Elisa rir e tenta explicar que estava naquele lugar, temporariamente para fazer uma pesquisa com o equipamento, imediatamente fora interrompida por outra usuária que afirmara, veementemente, que ela era sim, uma doutora.

Tentara novamente falar que doutor passava remédios e que ela não o fazia, mas a usuária mais uma vez afirmara que Elisa seria uma doutora sim, pois era estudada e aquilo bastava. Aquela cena a deixara constrangida, aquele lugar não a cabia?

***

Noutra assembleia, um dos pontos de pautas mais discutidos fora o consumo do tabaco dentro do serviço. Houvera várias reclamações do uso nos banheiros e que aquilo causara um cheiro ambiente desagradável para alguns usuários.

A condutora daquela assembleia a iniciara perguntando se alguém gostaria de fala sobre o assunto. Uma usuária afirmara que ela consumia o tabaco dentro do equipamento porque ninguém a acompanhava ao espaço externo para ela fazê-lo. Dissera que sem a substância ficava muito ansiosa e que precisava consumi-la e que para isso usava o banheiro.

A técnica fala que o banheiro do equipamento não era o lugar mais adequado para o consumo do tabaco. Afirmara que até no hospital psiquiátrico aquele consumo fora proibido. Alegara que a usuária precisava pensar na redução do uso do tabaco, pois se tratava de uma questão de saúde.

Para continuar tentando explicar o posicionamento institucional sobre o consumo do tabaco, ela explica das leis de proibição da substância em espaços fechados, e nos espaços abertos de usos comuns, coletivos.

Pontuara que o equipamento também se enquadraria naquelas diretrizes legais, vez que se tratava de um espaço de cuidado da saúde. Mais uma vez, Elisa se pega a pensar: o que seria o cuidado então? Uma questão de tutela ou liberdade? Controle dos corpos ou agenciamento para saúde?

Inconformada com aquelas colocações, a usuária contrariada se retira do pátio onde ocorria a assembleia. A técnica dá seguimento aos pontos de pauta elencados. Elisa

fica sem entender, pois não seria aquele um espaço de pactos? Produção de autonomia? Lugar no qual o usuário poderia se colocar, tensionando, na construção dos processos individuais/coletivos de saúde/doença?

***

A assembleia no CAPS é também uma abordagem terapêutica que está inserida no processo de desinstitucionalização como proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira que inclui a dimensão psicossocial do cuidado à saúde mental numa tentativa de dissolver os resquícios do modelo manicomial e asilar (DELGADO et al., 2007).

A participação dos usuários nas decisões cotidianas da instituição e na construção de seu processo terapêutico é imperativa para se gerir as estratégias da crise uma vez que um dos seus efeitos seja a ampliação da autonomia dos usuários, e isso, que algum modo, ressoa numa experiência de expansão da vida extramuros dos equipamentos.

Assim, a experimentação de relações horizontalizadas e da cogestão dentro dos serviços implica em experimentações nas relações comunitárias e familiares mais potentes considerando os usuários como sujeitos que desejam e vivem como um outro qualquer, levando em conta as especificidades no modo em que se ‘leva a vida’.

10.6 COMPARTILHAR...

Aquela era uma oficina que Elisa desejava muito compor. Queria muito circular por aquele lugar, fazer, sentir, pensar como ali podia se produzir saúde. Combinara com a equipe que participaria dos encontros a partir dali.

Era final do verão, ainda demorava escurecer o dia. Aqueles encontros ocorriam no final da tarde, a cada segunda terça-feira do mês, num momento no qual o serviço estava finalizando suas atividades diurnas. Havia pouca circulação de usuários durante sua realização, viam-se apenas aqueles cujos familiares participavam daquela oficina e os que estavam em acolhimento noturno.

A oficina ‘Pensar a saúde’ promovia um espaço de conversa no qual os familiares podiam compartilhar suas experiências com outros familiares que também tinham

pessoas em sofrimento psíquico intenso em suas vidas.[61] Uma das técnicas falara certa vez que era um lugar de apoio, ou seja, haveria uma construção de saber a partir do compartilhamento de experimentações entre os participantes.

Elisa observara, na maioria dos encontros, que as falas sempre eram direcionadas a um dos profissionais que conduziam a oficina. Mas, Elisa participara dela apenas um pouco, pois seu tempo naquele equipamento permitiu somente quatro idas àquele espaço de cuidado.

Pensara na potência daquele espaço de fala. Era um momento em que se poderia articular a vida, os modos que se conduziam os cuidados com os seus familiares, até mesmo os acontecimentos corriqueiros dos afazeres domésticos.

Vez ou outra apareciam algumas falas que apontavam para ações cotidianas de produção de cuidado, como, por exemplo, quando os familiares e usuários combinavam entre si as tomadas de medicamentos, as idas à padaria, a quantidade de pão que deveria comprar, até o uso dos recursos financeiros dos usuários que recebiam benefício do Estado.

Nela, gastava-se tempo com a organização mensal das atividades do serviço e como os familiares poderiam se engajar nelas. Fazia-se indicação dos eventos que aconteceriam no referente mês, quais as atividades que os usuários e familiares poderiam participar naquele período no equipamento ou fora dele.

Planejava-se como aquela oficina poderia acontecer, quais sugestões dos familiares para os temas abordados, quais temáticas poderiam trazer algumas explicações para auxiliar os familiares no sentido de elucidar algumas questões referentes ao cuidado à saúde mental. Fazia-se, também, um processo de aprendizagem.

As outras questões passavam às margens das conversas, quase que em conversas paralelas, sussurradas, em voz baixa. Elisa estava atenta ao que se passava naqueles burburinhos. Às vezes, um familiar virava-se para o lado para falar com seu vizinho, que tinha visto uma usuária circulando, um pouco agitada, pela rua. Teria falado com ela e perguntado sobre sua mãe. Tomada de susto, Elisa percebe o ‘suporte mútuo’ operar-se naquele momento.

[61] Nome da oficina criado por Elisa para diferenciá-la dos demais espaços pelos quais ela circulou.

Atenta-se para a transversalidade das conversas e a força produtora de cuidado no cotidiano que emerge naquela conversa paralela. Uma banalidade, quase que imperceptível, interrogando a construção de um espaço de cuidado que ultrapassa o campo biomédico. Um familiar intervir diretamente no processo de saúde mental sem se aperceber, na própria ação. Um ‘se importar’ que gera um comprometimento com o outro implicado num fazer político.

Aquele simples comentário estava intrinsicamente entrelaçado com a atualização de uma política de cuidado no modo psicossocial de ocorrer. Bem ali, num dia qualquer, sem nenhuma intenção, sem diagnósticos, sem prognósticos, mas com efeitos incomensuráveis: a aposta no cuidado em liberdade e ‘com o outro’, os princípios da reforma psiquiátrica brasileira acontecendo em pleno entardecer de um dia de verão.

10.7 DES-PEDIR?

Elisa chegara ao Flores para sua última participação na reunião da equipe, um pouco antecipada e ao entrar na sala encontra seu professor do Programa de Psicologia Institucional/UFES, conversando com Henri, fora a primeira vez que o tivera visto lá, após sua imersão naquele campo de pesquisa. Pensara na coincidência de encontrá-lo bem naquele momento.

Pedira para falar com Henri, aquele seria seu último momento com a equipe no campo, solicitara para informá-la de seu afastamento. Ele se surpreendeu com a rapidez da passagem da pesquisa, enfatiza que esta seria importante para a equipe, contribuir para pensar sobre a crise naquele espaço, disse que era preciso que fossem feitas mais pesquisas por lá.

Elisa se espantara com a expectativa da feitura de sua pesquisa no Flores. Por um instante é tomada por uma angústia, justamente pela responsabilidade da restituição aos locais por onde circulara naqueles últimos meses. Parecera que ali, naquele instante, pudera ver um dos efeitos de sua presença no campo, mais explicitamente.

Lembrara-se de como seu projeto de pesquisa chegara aos equipamentos e quais foram os seus efeitos em cada um dos lugares por onde transitou. Os incômodos que trouxera juntamente com suas inquietações em pesquisa. Os encontros para conversar como fazer a pesquisa naqueles lugares e os compromissos assumidos

junto às equipes. Mas a reunião vai tomando corpo e Elisa volta sua atenção para ela. Esquecera-se daquele susto.

10.8 “NÃO CONSEGUIMOS NENHUM TIPO DE AVANÇO”.

Primeira vez que Elisa participara de uma reunião de equipe no equipamento. Passou uns momentos tentando entender como tudo aquilo acontecia, um pouco perplexa e meio confusa, prestava atenção ao que se dizia. Era um leva e trás de exposições de casos, de argumentações, tentativas de achar respostas que fossem efetivas ao tratamento de um e de outro usuário. Várias vozes, verdadeiro frenesi.

À medida que a reunião avançava, Elisa ficava mais angustiada, pois não conseguia entender qual a linha de condução daquela reunião. O desassossego só aumentava e quando ela pensava que não conseguiria seguir acompanhando aquele frenético movimento, viu uma figura familiar. Era a sua professora que lá chegara para conduzir uma conversa com o objetivo da proposta de formação permanente [dispositivo na saúde mental, como modo de cuidado].

Maria perece um pouco cansada, mas aparentava disposição para iniciar o processo de ensino/aprendizagem. Sentara-se em torno da grande mesa, e aguarda a reunião da equipe acabar para iniciar a conversa.

Fora convocada para falar de um caso que já havia circulado na área técnica de saúde mental do município. De longe olhou para Elisa com cara de espanto. Elisa sorriu para ela e continuou a ouvir a reunião. Àquela altura já estava mais tranquila, pois a sua professora Maria, ela tinha a certeza que sim, a sua professora, ela entenderia.

Voltou-se para o movimento da reunião e para a sua surpresa, ela ainda estava ‘meio por fora’, aquela sensação que lhe era familiar de ser estrangeira. Por um segundo passou pela sua cabeça: “como tudo isso funciona?” Continuou a insistir, lembrara-se de uma aula do primeiro semestre do seu mestrado, “Sejamos realistas, tentemos o impossível!”[62] isso ressoou pelo seu corpo e lhe deu uma força continuar, seguia a *descaminhar*.

---

[62] RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. "Sejamos realistas, tentemos o impossível!" Desencaminhando a psicologia através da análise institucional. In: RODRIGUES, Heliana de Barros

— Já tem o encaminhamento do caso dele, mas preciso de uma ajuda da equipe para pensar, porque amanhã a filha dele vai estar aqui. Vou falar um pouco do caso. Ela tem um pai que está a sete anos apresentando uma alteração de comportamento. O equipamento Mar fez algumas investidas sem sucesso. Fez acolhimento inicial, sem sucesso. Fez visita familiar, e a Unidade de saúde não consegue entrar. Ele tem delírio persecutório com familiar, com vizinhança Ele passa toda noite pregando as portas e as janelas e quando é pela manhã desfaz tudo que fez à noite. Ele tem medo das pessoas entrarem em sua casa. Ele tem delírio com relação à alimentação. Ele compra o óleo, usa apenas uma vez e depois o descarta. Na garagem dele tem um acervo inteiro de óleo usado apenas um pouco, porque ele tem medo de ser envenenado. Ele tem uma pilha dessa altura [gesticula e mostra a altura da pilha de alimentos em relação ao chão, com as mãos] de alimentos que não usa.

— Os delírios de perseguição dele são muito bem elaborados. Os alimentos estão envenenados, a casa está grampeada, os vizinhos estão contra ele. Tem delírio de grandeza, também. Tem um trilhão, quatrocentos e setenta trilhões... os filhos devem a ele, Silvio Santos deve a ele...

— A unidade de saúde tentou várias vezes fazer a visita, CAPS também, mas só consegue até o portão. Nós fizemos uma conversa com ele, aparenta cuidado, a higiene dele é cuidada. Inicialmente ele consegue conversar, depois é percebemos que ele tem delírio, inclusive o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foi chamado duas vezes pela vizinhança, porque ele agrediu as pessoas jogando pedras do terraço, ele ameaça os vizinhos, com ameaças reais.

— Nós não conseguimos nenhum tipo de avanço neste caso. Ele tem resistência com profissionais de saúde. E agora tem um fato novo, que ele está deixando o portão da casa dele aberto, coisa que ele não fazia. Nós tentamos novamente outra visita, mas como o caso está muito complicado, nós pensamos numa internação compulsória para ele, devido aos riscos que ele corre onde ele mora. Principalmente porque ele está colocando a vida dele em risco, agora. Nós vamos fazer uma nova avaliação, ver como está a casa...

— Vocês conseguiram fazer a segunda avaliação?

— Dessa vez, que foi no final do ano passado, a gente foi com o filho que está muito envolvido no delírio dele, então ele tem uma irritação com relação ao filho. Então a gente nem entrou. Mas desta vez teve dois dados diferentes das visitas anteriores. Ele estava se queixando de dor nas pernas, e talvez essa pudesse ser uma entrada e a gente não sabia como estava o negócio do delírio com a filha. Mas com ela conseguimos entrar na casa. Ela estava extremamente organizada, mas ele continua extremamente delirante e essa situação se arrasta desde dois mil e nove. Ele tem sessenta e um anos e com cinquenta e poucos anos ele começou a apresentar essas alterações. Ele era segurança, e por isso esse tipo de delírio. E durante esse tempo todo, nenhuma ação conseguiu ser efetivada.

— Nos dois momentos em que ele entrou em crise e entrou em conflito com os vizinhos ficou agressivo, nestas duas vezes, foram chamados o SAMU e a polícia, mas ele tem um discurso coerente, organizado. Assim, ele conseguiu demover o SAMU e a polícia. A situação dele está perdurando e uma coisa que a gente não tinha identificado no atendimento anterior e verificou neste é uma alucinação auditiva. A psiquiatra teve a impressão que ele teve a alucinação auditiva durante a visita da equipe, porque teve um momento que ele vira de costas e fala assim: “Como assim eu não posso

> virar de costas para você", aí entra em conflito porque, quando a situação não se resolve, ele tem a alucinação e volta. E ao final do atendimento ele teve com uma fala minha [do técnico de saúde mental]. A gente fez outra visita e no finalzinho ele olhou para mim e disse que eu parasse de dizer que ele tinha cara de gay. Então a equipe achou melhor eu não voltar lá.
>
> — Ele está tomando medicação?
>
> — Não. A gente levou a medicação para ver se ele tomava, e no atendimento anterior também, para ver se a gente consegue por alguma via, pela filha talvez. Ele está mais afável com a filha, mas ela não está conseguindo ajudar ele, então a gente não tem via de acesso. Ele não tem um vínculo com ninguém, pelo qual a gente consiga chegar nele. E a família está bem envolvida e preocupada com ele. Ela está aguardando de nós uma orientação O que se precisa fazer, se isso daria realmente para internar, porque a gente enquanto equipe entende que é caso para internação. E amanhã pela manhã ela vem para conversar sobre isso. Mas a família está bem implicada.

Elisa pensa como a equipe está tentando fazer as investidas, se está conseguindo uma entrada para realizar intervenções terapêuticas com o usuário, como vão de antemão entrar com um recurso que deveria ser, obrigatoriamente pelo modo de cuidado psicossocial e até mesmo pela legislação, o último recurso a ser usado numa intervenção em situação de crise? Mas como aquele era seu primeiro contato com o caso, ela espera atentamente captar mais alguns elementos sobre ele que fundamentasse essa investida terapêutica.

> — Como ele está muito violento, eu só fico pensando... Ele tem momentos que agride os vizinhos com pedras e xingamentos. Ele bate, estragou a porta da cozinha dele. Até com o agente de saúde ele é assim.

O louco dócil é o melhor para ser cuidado em liberdade, mas o louco revoltado é aquele que deve ser enclausurado, pensa Elisa. Realmente, é uma dureza lidar com pessoas assim, mas se as outras pessoas no cotidiano já não tem esta disponibilidade, comumente, nem paciência para lidar com pessoas difíceis, como o lugar, que é próprio para este tipo de cuidado, com aquelas pessoas que não estão no padrão da normalidade socialmente aceita, também está atravessada por essa falta de paciência em investir mais demoradamente na atenção da pessoa em crise? Divagara Elisa.

Quem seriam aqueles que podem gritar, falar mal, jogar pedras no cenário contemporâneo, rogando-se de uma democracia ao modo capitalístico neoliberal? Estamos vivendo uma paisagem cotidiana permeada pelo ódio generalizado, pela falta de solidariedade, pela minimização de investimento para a produção de um

comum. Em nome de uma tolerância às opiniões pessoais, podem vomitar violência os adeptos do antissemitismo, da xenofobia, do racismo, da homofobia, da misoginia, enfim, contra todas as minorias. Mas não podemos aceitar um xingamento, ou uma falta de cordialidade voltada para nós por questões de loucura? Enfim, segue pensando.

> — Ele nunca fez tratamento?
>
> — Não.
>
> — Como assim? Ele nunca teve acesso aos lugares de cuidado de saúde mental e já vai entrar pela via da internação, e ainda por solicitação da família?

Elisa que já se encontrava confusa, continuava sem saber o que se passava naquele espaço.

> — A gente não consegue cuidar dele nem pela via da saúde, pela reclamação da perna doendo, da anemia. E no delírio dele, ele diz que está com anemia porque estão tirando os nutrientes do alimento dele. Mas ele diz que não precisa de médico e se precisar é porque está morrendo. A gente, da última vez que esteve lá, ofereceu tudo que podia oferecer: tratamento médico, odontológico, a assistência social, mas ele não aceita, nem o medicamento.
>
> — Precisa internar.
>
> — Pois é a gente precisa dar um encaminhamento. Efetivar isso.
>
> — Internação.

Subitamente, a sala fica em silêncio, por alguns instantes. Então Henri toma a palavra:

> — Eu penso desde que a gente conversou sobre a internação, ela é uma via possível sim, a gente pode lançar mão desse recurso, mas no caso dele eu não consigo entender dessa forma ainda a gente fica restrito de opções. Ele sai de casa?
>
> — Sim, ele vai ao supermercado e vai ao barbeiro. Uma vez por mês ele recebe, vai saca o dinheiro, vai ao supermercado e vai ao barbeiro.
>
> — Engraçado é que ele mesmo compra as coisas e diz que estão envenenadas.
>
> — Mas o delírio dele é muito, a gente vê daqui e ele diz que a comida está sendo envenenada naquele momento. É o tempo inteiro.
>
> — Qual a melhor alternativa? Ele mora sozinho, acesso à unidade ele não tem e ao CAPS, muito menos.
>
> — A impressão que me vem à cabeça é que já foi tentado. Ele precisa fazer um atendimento, caso fosse possível faze-lo tomar o antipsicótico e baixar

um pouco o sintoma. Mas o SAMU foi lá e ele conversou com o SAMU então eles se foram.

— O SAMU não entra sozinho, não. O SAMU não faz uso da força, se o cara se apresenta sem o sintoma. Ele convenceu que não estava numa crise, nem com agitação.

— Então, a gente tem que articular melhor isso com o SAMU, para que ele estivesse presente quando a gente fosse lá.

— A gente está com um caso difícil. Tem que haver um vínculo em algum momento, só que teria que ter idas mais frequentes. Os vínculos dele seriam com os vizinhos e no bairro dele.

— Teve um episódio que ele foi agredido na rua.

— Agredido? Por quê?

— É aquela história de pegar uma pedra e dizer que vai jogar em alguém.

— Teria que ter um trabalho, levar ele para conversar com as autoridades de lá [de onde ele mora], conversar com os vizinhos. Teria que conversar com a liderança comunitária. Fazer tentativas mais frequentes, com ele.

— Nós orientamos isso para a família.

— Porque assim: pode ser o lugar não fique com ele muito tempo, eu estou falando do leito psiquiátrico do hospital geral e de algumas clínicas por ai. Porque só fica lá por mais tempo, por exemplo, os idosos. A gente tem que pensar, pois se for para internar tem que ver o tipo internação involuntária. A família concorda?

— Concorda. Ela só quer uma orientação do que tem que ser feito.

— E essa internação não pode ser aqui, no acolhimento noturno [no próprio CAPS III]?

— A gente não dá conta disso aqui não.

— Não seria melhor fazer um acolhimento noturno aqui ao invés de uma internação?

— Mas ele não aceita tomar o remédio de jeito nenhum, não aceita ir ao médico.

— Aqui não. Eu entendo que ele precisa de uma intervenção primeiro, para depois a gente conseguir intervir.

— Mas a intervenção seria o quê?

— De repente ele fazer no pronto socorro psiquiátrico alguma intervenção clínica, depois tentar dar um antipsicótico e tentar baixar um pouco para depois a gente conseguir entrar nele, com ação psicossocial e restaurar a adesão à medicação.

— Eu fico pensando nos outros usuários o recebendo. Porque teve um caso do usuário em crise, a mãe veio aqui e a gente acolheu orientando trazer ele, que não quis vir de jeito nenhum. Ele trabalha numa feira e quebrou a banca dele inteira. A mulher saiu de casa com a filha, ai a família ficou chamando o SAMU, que não foi de jeito nenhum. Eles conseguiram uma remoção particular, pagaram uma remoção, levaram ele para o pronto socorro psiquiátrico. Depois ele ficou melhor, agendaram uma consulta com a gente. Também teve outro caso que o usuário não aceitava nada e foi para a internação, deu uma organizada, e quando voltou da internação aceitou o medicamento.

— Mas também tem a questão do vínculo. Porque no meio desse movimento todo ele tem a memória preservada. A gente foi fazer o atendimento domiciliar depois de meses e ele se lembrou da gente na hora.

Elisa segue pensando como a equipe consegue problematizar os casos e se articular para produzir os cuidados à saúde mental do modo psicossocial, que requer um fazer em rede assistencial que integra vários outros serviços e equipamentos no campo da saúde, e quando se tratar de uma complexidade maior, articular com outros campos como os dispositivos comunitários, a polícia, a assistência social.

> As ações terapêuticas devem sempre estar associadas a ações de articulação com a Rede, com os demais setores e secretarias, como a de Educação, Assistência Social, Esportes, dentre outras. Assim como com a Justiça, os equipamentos de garantia dos direitos, como Conselho Tutelar, e a rede filantrópica, em especial as APAE's e Pestalozzis. Tais articulações acontecem de acordo com a demanda de cada caso, ou seja, a partir da demanda de cada pessoa [...] sua família [...] que se articula e constrói a Rede necessária a cada situação (ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 226).

***

Como se trabalhar na Saúde Mental? Parece-nos uma questão bastante simplória, uma vez que, pode-se pensar, basta lançar mão das estratégias da RAPS. Já existe uma gama de experimentações em várias práticas, inclusive que já estão bastante consolidadas no cotidiano dos equipamentos. Mas, esquecemo-nos de que o cotidiano nos serviços de saúde mental, ou em qualquer outro, não está instituído. Não há um cotidiano pré-estabelecido, no qual seja possível a 'aplicação' de um protocolo de cuidado.

Igualmente não existem práticas de cuidado prontas em modelos prescritos. Elas emergem enquanto se constitui o cotidiano, em ato. Entre a história das experiências políticas na saúde mental e os fazeres locais existe a fissura que forçam a feitura do cuidado em saúde mental. É ali mesmo, que se criam as práticas, que se constrói certa atenção à crise, por exemplo, em fricções com os discursos especializados, com a radicalidade da loucura, com os modos institucionalizados e os não institucionalizados, estes porque menores e acontecem transpassando todo o aparato dos equipamentos.

Então, podemos pensar como fazer cuidado e disponibilizar uma atenção à crise nos serviços de saúde mental, uma vez em que não há um modelo prescrito, burocracia e regras a se seguir para operacionalizar tal cuidado?

Afirmamos, então, que é justamente na espreita às miudezas que compõem o próprio cotidiano, onde se pode operar o cuidado à saúde, pois implica num fazer

corriqueiro e que toma os equipamentos [os estabelecimentos CAPS] como artifício, atualização das forças que estão em tensionamento. Isto é, pensar um cuidado psicossocial é pensar que com a crise se faz questão, produz análise, pensa-se os próprios modos do cuidado e sua efetividade.

Tais jogos de verdade, assim nos diria Foucault (1999b), aciona um exercício de autonomia. Quando o homem, a partir desses jogos de saber-poder, percebe-se enquanto louco e ser vivo laborioso, e assim se reconhece enquanto ser desejante, de tal modo que ele faz uma escolha irredutível de existência, num processo constante de subjetivação e não de sujeição.

Dessa maneira, usuários, profissionais, acadêmicos, compõem novas práticas de cuidado, de existência, e quiçá práticas de liberdade, uma vez que há o espaço do enfrentamento entre as relações de saber-poder, possibilidade de assumir uma nova posição, um novo lugar.

O cotidiano do cuidado em saúde mental é um lugar de (rel)ação, de construção e feitura de práticas de liberdade, mesmo que haja tensão e até certa ‘descompensação’ nas relações institucionais, há uma aposta ético-política na afirmação dessa liberdade, tentativas de se produzir novas maneira de sociabilidade.

10.9 “É VÁLIDO ESSE MOVIMENTO?”

Pedira um abraço. Perguntou se era casada, pela a aliança. Como poderia ser casada sem aliança? “Já fui casado, mas separei”.

A oficina era apenas para alguns usuários, por se tratar de uma oficina terapêutica, necessitava-se de alguns quesitos para se vincular nela, mas estava cheia, algumas vez mais outras menos.

Ela ocorria tendo os temas acordados como disparadores da dinâmica grupal. Nesta também acompanhava uma estagiária que estava em todos os encontros. Achara sua participação importante como campo de sua formação, como também na relação com os usuários.

Naquele espaço de fala compareciam várias questões da vida de cada um. Umas vezes as questões financeiras, como o recebimento de benefícios, a falta de dinheiro

para comprar o que se queria. Havia o desejo pelo trabalho, pelo estudo, pelo cantar e se tornar um cantor. A vontade de se ter relacionamentos amorosos.

Ele perguntara sobre o folheto de uma lanchonete que se encontrava no chão da sala. Perguntou se dava desconto na loja e que queria comer a promoção do sanduíche duplo com milk-shake. Este papel não era do serviço, estava ali porque alguém o tinha deixado.

Gostaria de receber ele próprio o seu benefício, pois a sua irmã era quem o recebia e enviava para a residência terapêutica que morava há algum tempo. Não teria capacidade para ir sozinho e retirar o dinheiro no caixa.

Não se tinha dificuldades para falar sobre dinheiro, apesar de o grupo ser composto por pessoas de recursos distintos.

— Nem tudo são riqueza e dinheiro, mas ajuda.

Os temas saúde e trabalho são considerados importantes por algumas pessoas que ali estavam.

Ele falou de sua experiência de trabalho nas Docas. Dissera que era um trabalho muito duro, que precisava ter força, mas que gostava de quando trabalhou por lá. Era aposentado.

Ela olhava bastante para o relógio. Parecia ter um compromisso urgente, estava inquieta. Tinha que fazer o almoço do irmão que morava com ela. Não podia participar das atividades matutinas, pois aquilo atrapalharia sua organização de cuidados do irmão. Frequentava apenas aquele espaço no equipamento.

Conseguia-se comprar as coisas bem.

— O maldito é bom.

Era mais divertido falar das estações do ano, do clima naquele dia. O tempo que se passava tomando banho. Havia uma insistência em voltar ao tema inicial, mas o que comparecia era a vida, para além do equipamento.

***

Sentada no pátio enquanto esperava o início da oficina, ela o avista, ele senta-se ao seu lado. Gostava de jogar basquete. Disse que fazia parte do time do Vitória [clube]. Lembrara-se que ele participara da Oficina de Inclusão Digital e geralmente pesquisava na internet notícias sobre jogadores, acessórios, vestimentas e tênis, tudo relacionado ao esporte.

Perguntou o que se escrevia naquele caderno. Ela dissera que estava fazendo uma pesquisa, pois havia passado no mestrado e que naquele momento iria participar da oficina de falações. Escreve-se o que se acha interessante, as coisas que sente, escuta, vê.

***

No dia comemorativo da Luta Antimanicomial, a saber: dezoito de maio, o foco das atividades cotidianas do equipamento, naquele dia, era o evento que aconteceria na Assembleia Legislativa do Espírito Santos (ALES), naquele ano. Movimento cultural, de manifestação política, dia de fazer as reivindicações dos compromissos assumidos em prol do modo antimanicomial de cuidado à saúde mental, da Luta, enfim, um dia para colocar a loucura em cena e mostrar que é possível uma existência fora dos padrões de ‘normalidade’ exigido no social.

— É válido esse movimento?
— Ele tem contribuído para alguma coisa?

Perguntas que furaram toda a organização da oficina, naquele dia. Elas surpreenderam, vieram de um usuário. Esses são os efeitos de um modo de cuidado que se pretende psicossocial. Pois requer um reposicionamento do usuário na dinâmica institucional. Ao invés dele sofrer com os efeitos dos conflitos que a própria loucura produz e influencia na maneira com a qual ele se coloca no mundo. Ele passa a se reconhecer enquanto agente implicado nos próprios modos de cuidado, operando, com suas (indag)ações, mudanças.

Pergunta-se ao usuário, como fora até aquele momento o seu tratamento. No equipamento que teria surgido com o movimento antimanicomial, mas a técnica apontara que o serviço teria sido criado antes do movimento e só assim surgiu a luta por uma sociedade sem manicômios, era uma luta cotidiana.

Aquele tema tornou-se o foco da oficina. Não era o que fora pactuado no encontro anterior, mas ganhou força na medida em que os usuários começaram a falar das suas experimentações com os diversos modos de tratamento que receberam ao longo de suas vidas.

Alguns nem conheciam a internação de longo prazo, como modo de cuidado. Já foram recebidos num modo de promover o cuidado psicossocial. As internações pelas quais passaram foram apenas no momento agudo de sofrimento e no qual se precisou lançar mão deste recurso para tentar produzir saúde com os usuários na crise. Outros haviam passado uma vida inteira num manicômio, afastado de todo o convívio familiar e comunitário, não habitavam o espaço social.

> — Todo dia é uma luta para não dizer que sabe mais que o outro, todo dia é uma luta para não tirar da paisagem das ruas as pessoas que são diferentes, em todos os aspectos. Todo dia é uma luta para saber que existem pessoas que dispõe de menos recursos para viver. A luta antimanicomial é isso, lutas cotidianas para levar em consideração outros modos de existir no mundo. Quando alguém surta pela primeira vez é muito comum que a intervenção primeira seja pela via da internação, mas se podem fazer muitas outras coisas. Por isso a luta, neste dia e num lugar coletivo, para lembrar que se existem outros modos de se viver e que existem serviços que apostam nestas vidas 'estranhas'. O equipamento Mar existe desde 1996 (mil novecentos e noventa e seis), há vinte e dois anos. Mas a Luta Antimanicomial no Brasil e o primeiro CAPS têm trinta e um anos. Este serviço foi o primeiro do Estado. Antes de diminuir o número de leitos no hospital já existia o Mar, e em 2010 (dois mil e dez) o processo de desinstitucionalização aumentou o número de pessoas que recebiam o tratamento internado no hospital psiquiátrico.

Surge-se o questionamento de que se as pessoas que estavam internadas naquele hospital passaram a ser cuidadas naqueles serviços de cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. Algumas, fora a resposta. Uns foram para Residências Terapêuticas, outros voltaram para suas famílias.

> — Eu tenho uma filha, eu tenho uma esposa.

Recordara-se de alguns familiares, de uma sobrinha específica que tomava conta do dinheiro que recebia do benefício. Ficara murmurando baixinho algumas palavras, ninguém do grupo conseguira entendê-las, mesmo assim prestava-se atenção nele. Depois, retomara a fala em outro momento e narrou como fora seu tratamento no hospital psiquiátrico. Novamente, todos prestam atenção à sua fala. Perguntou-se onde ele morava, o que fazia ali. Ele respondera rapidamente:

— Moro naquela casa, eu não tenho casa, não tenho ninguém por mim.

Houvera uma pausa nas falas. Um tempo de silêncio até ser interrompido por outro questionamento:

— Por que está dizendo isso?

Ele responde falando em voz baixa e ninguém entendera o que ele dissera.

***

Circulava pelas ruas da cidade falando sozinho. Mora um dia em cada rua. Fala com os seus amigos pelo seu celular imaginado, às vezes grita com aqueles que não o atende prontamente no telefone. Amanhece o dia brigando... Grita, chama palavrões.

Um susto, fora a reação, coração palpitando, mãos trêmulas. Tinha que saber o que acontecia na rua, naquele horário, tão cedo. Tenta avistá-lo através da janela, lá do alto, mas nada de sua figura, apenas sua voz ecoava pelo ar.

Ele tinha uma rotina. Perambulava fazendo seu trabalho cotidiano. Tinha que falar pelo seu telefone celular por um grande período. Muitos assuntos a tratar. Na hora do almoço fazia seu merecido descanso, afinal havia trabalhado tanto.

Ao anoitecer sumia. Não se tinha notícias dele. Será que houvera algo? Será que fora recolhido pela Prefeitura? Mas no dia seguinte, lá estava ele retomando suas atividades. Bem cedo gritava, brigava com seu desafeto imaginado. Que alívio! Ele estava vivo.

Todo o bairro o conhecia. Era uma figura impressa na cena cotidiana. Alguns forneciam seu café da manhã, outros o lanche e água para saciar sua cede. Um dia, aparecera de cabelos cortados, barba feita, parecia ter tomado banho, as unhas estavam cortadas, o que será que acontecera?

Subitamente desaparece de circulação. Passa-se um tempo até reaparecer no bairro. Com aparência de mais velho, mais cansado. Estava como de costume: cabelos, barba, unhas grandes. Sentado numa sombra de árvore, no meio da tarde quente de primavera, estava quieto, calado.

Não falava mais pelo seu celular, sua voz não ecoava mais pelo bairro. O que será que acontecera? Mais um tratamento psiquiátrico?

****

— Vou beber água.

— Novamente?

É questionado. Vira-se para uma das condutoras da oficina e pergunta se pode sair para tomar água.

> — Você não precisa pedir. Se quiser é só ir. É livre para decidir.

Elisa ficara sabendo depois, que aquela era uma das intervenções que estavam trabalhando com ele, pois passara muito tempo internado e pedia para fazer tudo que queria. Precisava ganhar autonomia de decidir as coisas cotidianas da sua vida. Este era um trabalho realizado em todos os espaços que ele circulava, na RT (Residência Terapêutica), no CAPS.

Ele sai batendo a porta da sala.

Ao final daquela oficina, alguém fala:

> — Na hora do surto, depende-se das pessoas com quem se convive. E que naquela hora, todas elas fiquem 'neutras' ao que está acontecendo. Se isto ocorrer, será um sucesso.

****

A crise como maneira de superar o estado das coisas que se mostraram ineficazes às exigências da vida do usuário e sua rede de relacionamentos (CAMPOS, 2014) leva a "[...] tentativa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento que necessita de uma estratégia ampliada de cuidado" (ALMEIDA et al., 2014, p. 709). A crise em saúde mental e o sofrimento a ela atrelado atravessa a dinâmica familiar, a comunidade e os serviços de saúde que podem interferir agravando-a e a acolhendo. Assim, ela nunca é individual, é familiar, comunitária, social, inclusive é da rede proteção e cuidados (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2003).

A neutralidade da qual nos fala aquele usuário, não está relacionada ao 'nada fazer', mas sim lançar mão de um recurso extremamente afinado com a lógica psicossocial que faz contenção à crise usando todo o aparato comunitário. Desde as simples investidas de atenção como conversas e visitas de pessoas conhecidas, até as maneiras mais incisivas, como assumir o alcance social da reponsabilidade da demanda conectado ao estado de sofrimento, que serão ativadas de acordo com a 'necessidade' do usuário em crise (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2003).

Ou seja, significa envolver vários outros setores estatais [ou não] como a assistência social, o Ministério Público, até mesmo os estabelecimentos hospitalares de atendimento de 24 horas ou hospitais gerais, para se corresponsabilizarem pelo acolhimento à crise. Quanto mais próximo do contexto do usuário este cuidado

ocorrer, sem provocar rupturas com os locais onde ele exerce sua sociabilidade, maior sua contratualidade e seu poder de decisão acerca de como manejar este cuidado, ele terá. Esse modo engendra (cooper)ações e apostas que não levará a rupturas com a continuidade existencial e historicidade do usuário em sofrimento agudo, potencializando, assim, modos outros do viver, respostas outras às convocações da existência.

Isso quer dizer que no momento da crise, quando existe uma disponibilidade em 'ir ao encontro' ao usuário, consegue–se evitar impactos com rupturas drásticas. A presença dos técnicos dos equipamentos de saúde mental torna-se tranquilizadora para os familiares, os vizinhos, o ambiente, enfim. Tem a força de "[...] destramatizar os conteúdos da crise, angustiantes para o paciente, e para todos que lhes estão próximos" (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2003, p. 61).

Frente à crise não se ignora a urgência, os elementos objetivos que apontam a obrigatoriedade de algo a se fazer, mas, a estratégia principal é criar as condições para que a fala, as histórias, os sentidos do usuário possam se sobressair a ela. A tática é deixar espaço para que as diversas perspectivas da crise possam emergir, tornando-se ingredientes para transformação e criação de modos outros de existir. Considerar os afetos a tal situação é uma importante ferramenta para se produzir um cuidado efetivo (CAMPOS, 2014).

Assim, mesmo em momentos de crise aguda, podem-se sustentar tais princípios e engajar o usuário em seu tratamento, com o próprio consentimento até quando é necessário o uso de contenção física/mecânica e/ou medicamentosa. Para Lobosque (2001) há um ponto em que ele pode escutar o convite ao tratamento, cabendo ao técnico em saúde 'aprender a convidar'.

Identificar o ponto (na comunicação, verbal ou não) com o qual é possível pactuar acerca das práticas de cuidado. Essa convocação representa o início de um percurso de cuidado, que implica o usuário com a crise e o corresponsabiliza ao tratamento, inserindo-o em um processo ativo e compartilhado de trabalho. Até mesmo quando o usuário quer certo distanciamento com a equipe de cuidado com a crise.

“é um tipo de trabalho que leva tempo”

11 PORTA ABERTA: AS CONVERSAS QUE FAZEMOS

Ele era um artista, ofertava a oficina de feituras com todos os materiais que dispunha, nela produziam-se esculturas de papel-machê com a cola de fabricação própria. De poucos recursos fazia arte, uma caneta colorida, um frasco de tinta usado, com as linhas queria fazer bordado.

Traçados densos, fortes e bem marcados, assim se delineavam suas obras, sobre um livro já lido, um caderno reaproveitado. Quando participava da reunião de equipe atentamente observava e desenhava. Produzia uma pausa, enquanto se discutia um caso, mas depois continuava.

No pátio do Flores estavam exibidas as esculturas feitas na oficina. Estavam espalhadas por todo o espaço, dentro das salas, pelos corredores elas nos encaravam, lembravam que ali se fazia uma arte com a vida. Com poucos recursos, conduziam-se novos usos.

A conversa com Elisa era, a cada momento, interrompida. Queria-se falar com ele, mostrar o material que traziam naquele dia para compor a oficina. Dizer que chegaram ao Flores vindos sozinhos no transporte público, o registro de uma empreitada.

Um usuário pedira para que ele falasse com sua mãe sobre suas vindas ao equipamento, queria frequentá-lo mais, era urgente aquele assunto, não poderia aguardar tanto tempo. Gentilmente ele pedira para esperar um momento, que ao terminar a conversa com Elisa, ele logo o acolheria.

Um modo diferente de lidar com as pessoas se destacara naquele espaço de cuidado. Atendia aos usuários com alegria, com um sorriso estampado. Raramente o viam com o semblante fechado, o acesso ao artista era o se que realçara ali, no cotidiano daquele espaço.

Será que por não ser ele um tecnicista, a sua convocação era sempre querida? Não trazia um discurso cientificista, mas embutido em si mesmo vozes da loucura? Assim nos lembra Deleuze, mesmo quando a fala se enuncia por uma pessoa, ou uma singularidade artista, ela é sempre coletiva, fala mais do mundo do que a própria experiência sentida. O artista, uma cena passageira imanência em uma brisa.

***

[...] o artista num anfiteatro
Onde o tempo é a grande estrela
Vejo o tempo obrar a sua arte
Tendo o mesmo artista como tela
Modelando o artista ao seu feitio
O tempo, com seu lápis impreciso
Põe-lhe rugas ao redor da boca
Como contrapesos de um sorriso
Já vestindo a pele do artista
O tempo arrebata-lhe a garganta
O velho cantor subindo ao palco
Apenas abre a voz, e o tempo canta
Dança o tempo sem cessar, montando
O dorso do exausto bailarino
Trêmulo, o ator recita um drama
Que ainda está por ser escrito [...] (CHICO BUARQUE DE HOLANDA, 1993, grifo nosso).

***

— Eu queria conversar com você um pouco sobre a crise, que é o tema que eu estou trabalhando na minha dissertação de mestrado. Você poderia falar uma pouco sobre ela, como ela aparece aqui no espaço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?

— Na realidade tem dois anos que eu estou aqui, eu enfrentei poucas situações, eu diria poucos momentos críticos desta forma. Eu tenho até a impressão que, meu horário é pela manhã, parece-me que tem algo a ver com a noite, eu acho que os desesperos, as ansiedades elas acontecem mais tarde, porque nestes dois anos eu digo que vi uma situação crítica que pediu que a equipe entrasse na questão do bloco, temos um pouco isso convencionado das pessoas se unirem e irem procurar a pessoa para se proteger o usuário, proteger a equipe. Foi uma única vez.

— No período da manhã?

— Sim. Que eu identifico como crise. É lógico que a gente algumas questões: pode acontecer uma discussão entre um e outro, alguém falar que vai bater, mas aquela situação de corte, de uma pessoa que se cortava, aquela eu identifico como crise, não mais do que isso. Respondi a tua pergunta? Quando você me pergunta da situação de crise, ela não é comum, não é corriqueiro. Não é uma coisa que acontece sempre. O trabalho é tranquilo, as pessoas estão em ordem.

— Fala um pouco mais sobre essa tranquilidade, como é isso? Porque o CAPS, até onde eu sei, é um local privilegiado de cuidado da crise psiquiátrica, num modo psicossocial, territorial e conversando com outros equipamentos, e aí quando você diz que quase não vê uma crise acontecer, em dois anos nunca presenciou. Você pode-me falar como é isso?

— Então, eu coloquei crise num contexto que eu estou considerando crise. Eu não sei como você coloca como crise, o que você está pensando como crise, porque o que você fala como crise? Acirrar ânimos, movimento? Eu coloco numa situação de crise uma pessoa que queira se cortar. Mas se você entende crise como a pessoa precise de cuidado, por exemplo, de um acolhimento noturno de pessoas que estão batendo, provocando um estado de desordem, um desequilíbrio, uma motilidade muito grande, enfim, situações deste tipo para um acolhimento, aí sim o serviço não para. É demais, não para. Outro dia eu cheguei aqui e disse pro meu amigo que nunca tinha visto o serviço sem ter uma pessoa acolhida, sempre tem. Então a comunidade, todo tempo tem alguém que está precisando de

> cuidado, de um acolhimento noturno aqui no CAPS. Pelas questões de distúrbios, sim. Por outras questões relativas mais a desordem psíquica.
>
> — Eu falo isto, porque quando você fala que já faz um tempo que não presencia uma crise e que está aqui há dois anos, não é tanto tempo, mas este CAPS também não é tão antigo, o CAPS III neste lugar, eu fico pensando na prevenção, no acompanhamento da pessoa que está em sofrimento, eu também já estive um tempo lá no CAPS II, e o cuidado dentro deste espaço forja, necessariamente, uma atenção para os sinais de que uma crise possa acontecer. E aí, talvez, esteja ocorrendo efetivamente o cuidado de atenção à crise e que ela não aconteça, então o CAPS é, também, o cuidador principal desta atenção E a equipe está toda envolvida nisto. Eu queria saber como é que você entende esta questão da prevenção, do acompanhamento cotidiano?
>
> — O que você falou, eu também penso desta forma. Inclusive eu fico pensando sobre as pessoas com quem a gente trabalha aqui e as pessoas do CAPS ad, por exemplo, eu imagino, porque eu também não conheço e nunca estive lá, naquela equipe, nunca fiz parte da equipe, mas no geral eu imagino que as situações de crise lá sejam mais recorrentes. Por conta das questões de drogas que são mais 'incontroláveis'. A questão da abstinência pode provocar situações mais... Aqui, no geral as pessoas estão medicadas. Elas têm condições mais permanentes mesmo. Histórias mais compridas e os profissionais, principalmente a enfermagem, as pessoas que estão aqui, e eu mesmo me coloco nesta situação de terapeuta que está aqui. Nas reuniões de turno a gente tem colocado percepções que são mínimas. Por exemplo, alguém começou a falar tanto, o outro começou a virar o olho esquerdo, entende? A gente fala que eles parecem que estão acelerando num processo de crise. Então, várias vezes aqui, várias situações que a gente teve este tipo de fala: "*vamos levar ele para enfermagem, vamos levar ele para ver a pressão, vamos ver como está o colesterol*". Porque isto pode desencadear e fazer a crise desandar, sabe? Então, isto aqui no CAPS é permanente. É uma discussão que faz parte do cotidiano do CAPS, do trabalho da Equipe. E realmente funciona, porque a gente já conhece essas pessoas. A gente começa a entender como elas funcionam.
>
> — E quando você fala que a equipe discutiu o caso na reunião de turno, em quantos momentos a equipe se junta, se reúne assim para falar sobre o dia-a-dia?
>
> — Eu gosto de dizer que é todo o tempo. Porque a gente tem a reunião de turno às onze e meia, todos os dias, mas a gente fica aqui nos corredores, alguém vai dando toques e essa informação vai passando.

A conversa acontecia no pátio daquele serviço. Desenrolava-se entre os movimentos de idas e vindas dos usuários e profissionais do equipamento. Ali, também se servia o café da manhã que havia se encerrado e alguns usuários aguardavam a oficina iniciar, estava próximo do seu horário. Em meio a uma fala e outra, os usuários abordavam o artista-oficineiro, estavam todos ao ar livre – a céu aberto.

***

> — Você está bem?

— Estou bem. Eu quero desenhar o olho agora.

— A gente vai fazer daqui a pouco.

— Só às dez horas.

— Beleza. Você está bem né?

—Vim sozinho para cá. Peguei o ônibus, paguei a passagem.

— Rapaz, isso é muito bom.

— É inteligente esse cara!

— Bom dia.

— Fica tranquilo aí.

***

— Mas entendeu Elisa? As conversas vão rodando o tempo inteiro, mas a gente tem nossa reunião todos os dias que é onde isso aparece, ou deve aparecer normalmente.

— O que você pode me falar do funcionamento do CAPS com relação ao território? Porque CAPS é um serviço especializado, e aí tem a atenção básica, tem as residências terapêuticas, como ocorre esse funcionamento comunitário e territorial, composição da própria rede de saúde mental? Voltado para atenção à crise. Porque aqui só chega uma necessidade, mas eu queria saber o cotidiano dessas relações?

— Então, tem dois anos que eu estou aqui, que eu comecei, acho que as coisas ainda estão se desenvolvendo e a gente pode avançar, mas eu acho que a ferramenta, eu tenho ouvido falar do matriciamento, eu acho que a gestão está aprimorando isso, a gente está fazendo workshops em relação a isso, está sendo formatado e eu acho que vai funcionar melhor, eu acredito nisso, nesta proposta dessa formação de rede. Acho que a gente ainda tem que entender e conseguir colocar isso enquanto máquina, mesmo, como rede, como equipe, não como equipe CAPS, mas outros serviços.

— Eu te perguntei isso porque vou trabalhar a crise não apenas a crise psiquiátrica, mas sim a crise no contexto da vida e ainda como ela se dá no contemporâneo, tendo em vista nossa paisagem política e econômica brasileira.

— Eu costumo dizer que a loucura romântica genuína, a gente não tem encontrado muito não. A pobreza e a dificuldade é aquilo que está provocando distúrbios assim. Mas é isto mesmo, a falta de recursos e da pessoa lidar com a situação de fragilidade, mas que não compete a ela somente, mas que leva ao adoecimento. Aí o CAPS deixa de ser um foco de crise psiquiátrica somente, mas uma crise mais ampla e difusa. Então, como esse tipo de crise, que não é só psiquiatra entra no equipamento de cuidado à saúde mental. Falamos disso agora. Aquela loucura idealizada, romântica na qual a psicologia estuda eu tenho visto pouco. O que está colocando a pessoa em surto é muito mais a condição social, as pessoas estão vindo desorientadas. Eu acredito que a gente está aqui para lidar com tudo isso sim. Nós, hoje, do sistema público estamos colocados nesta posição. Não podemos nos negar a estudá-los, mas é preciso primeiro pensar que nós temos uma mudança de situação econômica e que não podemos negá-la, mas se isto persiste, está demais. A gente tem casos de tentativas de suicídio muito recorrente e diariamente, a gente precisa de uma retaguarda do Estado para poder trabalhar isso melhor também, porque os profissionais são poucos, a carga está ficando desumana.

— Você teve alguma formação, antes de entrar neste serviço, em saúde mental?

— Não tive. A gente vai aprendendo no cotidiano.

— Você gostaria de falar mais alguma coisa?

— Eu vou falar sobre o serviço de arte terapia para este público daqui. Eu o acho muito válido. A gente tem uma dificuldade material, aqui na prefeitura, grande. Eu sei que isso é muito chato, muito triste de se dizer e ficar reafirmando essas coisas, porque parece que a gente não consegue desenvolver alguma coisa sempre apoiado na situação de não ter material. E não é só comigo, se você observar as cadeiras estão quebradas. Está começando a faltar material de escritório, está começando a ficar feio, mas mesmo assim a gente consegue fazer com base na confiança. Tem gente aqui que olhava para mim e que olha para as pessoas na sociedade, que elas se movimentam como se fossem um bichinho, resistente, cuidadoso e aqui também acontece isso. Eu levei dois anos para chegar a ter um "*bom dia*". É só estando aqui, só trazendo um pouco de afetividade, tendo interesse nas coisas que eles fazem que a gente vai conseguir chegar e alcançar essas pessoas. Eu tenho pena de não conseguir fazer as coisas que a gente como artista pensa que poderia fazer, mas eu tenho a certeza que os desenhos, as coisas que eles fazem e o estar aqui com eles, é importante para eles também.

— Fala o que poderia ser realizado enquanto o fazer artístico, aqui no CAPS? Qual seria uma proposta possível?

— Que é um tipo de trabalho que leva tempo para se desenvolver para que eles absorvam a prática, mas que eu já sei que em outros lugares funcionam muito bem, que é para este tipo de público mesmo. O bordado, por exemplo. No meu primeiro mês de trabalho aqui, eu fui convidado e fizemos uma reunião para fazer uma lista de material com os quais este artista trabalha, e o que ele poderia propor, mas não chegou nem a canetinha, não chegou nada desse material. Fui botando água no feijão. A gente sabe que essa coisa é meio chata, mas a verdade é essa, a gente vai colocando água no feijão, água na tinta. Para fazer arte, desde então. E o meu trabalho, por exemplo, os arteterapeutas trabalham com as suas técnicas, com as coisas que eles dominam. Eu ofereci para eles isso tudo [referindo-se às esculturas feitas de papel marche, feitos de jornais e revistas velhas], essas coisas de papel.

— Essas esculturas já são da sua época?

***

Elisa aponta para algumas imagens feitas de papel machê que estavam expostas naquele lugar.

***

— Sim. E a gente trabalha aqui com refugo, com o papelão, com jornal...

***

— Quer uma?

Uma usuária chega perto oferecendo uma sacola de papel ao artista.

— Obrigada menina.

— Quer dois?

— Não, não. Quero uma.

— Fica com essas duas. Pode ficar eu tenho muitas.

— É? Então está bom. Obrigado.

***

— A gente trabalha com o papelão do PA [pronto atendimento] dali da frente, e a cola que eu patrocino, porque é a cola mais barata que tem. A gente consegue fazer ainda algumas coisas, mas enfim, é isso.

— Você acha que se tivesse mais recurso, mais materiais...

— Se a gente tivesse, por exemplo, pano, linha, agulha, a gente começaria e teria alguma coisa de trabalho de bordado.

— Assim você acha que o resultado no processo de cuidado aos usuários seria melhor?

— Sim, Porque é um trabalho mais longo, tecnicamente funciona bem dentro do processo da arte terapia. Para organizar, para concentrar, para provocar algum desenvolvimento na coordenação motora, todo esse tipo de coisa, todo tipo de ganhos. E aí seria um trabalho mais cuidadoso, né? Mais extenso, porque é igual à criança. Às vezes é uma boa estratégia de concentração e expressão, em algumas pessoas produz um efeito muito rápido, até na questão do material eu vejo tem algum efeito no cuidado, por exemplo, o usuário X, se ele sentar aqui para desenhar, ele desenha, mas ele desenha numa folha, em outra folha e outra, quantas tiverem ele sai desenhando, é muito rápido. Sabe? O trabalho do bordado tem uma outra proposta, ela é maior, desacelerada. Pode ser benéfico para ele.

***

— Dona Gorete, bom dia.

***

— Eu não devo ter sido a primeira pessoa quem falou sobre tudo isso?

— Não. Eu já fiz outra pesquisa na qual aparecera muito destas questões. Inclusive questões de recursos e dificuldades financeiras de gestão dos equipamentos, e apareceram essas coisas que você falou, bem antes de você entrar aqui. Muito obrigada por você se disponibilizar para fazer essa conversa comigo.

***

Ela aproximou-se perguntando da Elisa, quem era aquela figura estranha na paisagem do Mar. A aprendiz-pesquisadora logo falou que não era profissional do equipamento e que estava ali para fazer uma pesquisa.

Identificou-se como usuária do serviço de saúde mental, que a família achava importante ela participar daquele espaço. Narrou suas histórias de família, mortes que aconteceram, as suas internações, dos dentes que lhes arrancaram enquanto esteve no hospital psiquiátrico, das faltas de cuidado que ocorriam por lá, apesar de sua família pagar pelos serviços hospitalares, as doenças de sua tia, tudo que lhe convinha.

Passara vinte e três anos internada. A polícia a havia levado para aquele manicômio. Agora morava na Vila Rubim com o irmão, na casa que sua mãe deixara de herança. A mãe pedira aos irmãos que cuidassem bem dela. Frequentava o equipamento desde dois mil e cinco. Lembrara que trabalhou na casa do seu antigo psiquiatra e que havia cuidado de sua filha até ela formar-se em medicina.

Quando chegara de sua terra natal, da roça, não sabia direito o que fazer na capital e encontrou a esposa do médico. Fazia de tudo na sua casa. Cuidava da filhinha dela, tinha um amor grande por ela, trocava sua fraldinha. Atualmente, tornara-se uma mulher, médica igual ao pai. Ainda não havia se casado, pois era nova, nascera em mil novecentos e noventa e quatro, no ano em que o Brasil fora tetracampeão de futebol, recordara-se.

Ficara muito feliz, pois a vestira de médica para ela brincar, colocara uma blusinha branca, um sapatinho branco, enfeitava-a toda de branco, quando era criancinha e hoje ela realmente se tornara uma profissional em medicina.

Elisa a perguntara se ela ainda mantinha contato com aquela família e ela dissera que teria falado com eles na última terça-feira, disse também que o pai tinha uma clínica psiquiátrica em Vila Velha, seria o proprietário de duas clínicas, era só entrar na internet e procurar pelo seu nome. Disse que a família toda era médica.

Elisa perguntara se teria sido ele quem lhe prescrevera a medicação, ela respondera afirmativamente, mas disse também que não a deixava tomar sempre. Em suas crises, ele comprava os remédios e a medicava, mas quando ela não precisava mais lançar mão daquele recurso, este era suspenso pelo médico-patrão.

Disse que ligava para ele de sua escola, que tivera ingressado no curso para fazer o vestibular de medicina, mas que devido aos cuidados que realizava com sua irmã, não tivera conseguido passar com sucesso. Perguntou qual era o nome da aprendiz-pesquisadora, falou o seu, perguntou das horas e se despediu dizendo que estava no horário de sua consulta psiquiátrica.

11.1 “DESCOMPENSAÇÃO”

Elisa fizera outras conversas pelos equipamentos. Em outras ocasiões conversou com profissionais da psiquiatria. Foram experimentações singulares, cada momento teve suas distinções. Entendimentos diferentes da crise, modos distintos de manejá-la. Com os psiquiatras teve que seguir alguns protocolos. Também foram sensações diferentes que Elisa experimentara naqueles encontros. Com o artista um tom mais informal, uma conversa mais solta. Contextos diferentes com afetações diversas, e efeitos, igualmente, outros.

****

— Ela veio para fazer uma entrevista.
— Sobre o quê?
— Também não estou sabendo nada Doutor.

Elisa observa o movimento na sala de espera.

— Bom dia.
— Bom dia.
— Você veio fazer uma entrevista?
— Sim. Estou fazendo mestrado em Psicologia Institucional na UFES.
— Você está agendada, mas eu não estava sabendo.
— É aquele mestrado que a gente conversou na reunião de equipe.

Tivera sido assim a passagem de Elisa pelo Mar, naquele dia. Ela gostaria de fazer uma conversa com o profissional médico psiquiatra, mas era preciso agendar uma ‘entrevista’, no dia e horário pré-agendados, a ser realizada na sala de atendimento médico.

O Doutor vira-se para o grupo de pessoas que estavam na recepção e as atenções se voltam para outra conversa do cotidiano:

— Eu perguntei para as pessoas e me falaram que esse tênis era unissex.

Por um momento parece se esquecer da entrevista.

Ele dirige-se para um quadro de chaves ao lado do balcão da recepção para pegar a chave de sua sala de atendimentos. Após alguns instantes, o Doutor e a aprendiz-pesquisadora entram em sua sala, no andar de cima do equipamento.

Naquele lugar, no segundo andar, estavam alocadas as salas de atendimento médico psiquiátrico. O espaço era bem iluminado por uma janela larga por onde se podia ver o pátio do Mar, onde aconteciam as assembleias e a maioria das atividades coletivas.

Elisa passara rapidamente pela antessala cumprimentando as pessoas que lá estavam, mas algo lá lhe chamara atenção. Lembrara-se do Foucault (1987), no livro ‘Vigiar e Punir’, que havia lido em sua graduação de Psicologia. “O olhar que a tudo observa. A introjeção do poder disciplinar, algo semelhante ao olhar da clínica médica, ao saber psiquiátrico?” Interrogara-se Elisa.

Aquele pensamento lhe ocorrera, pois se lembrou do espaço onde em outro momento ficava o equipamento, no bairro de Bento Ferreira. Era uma casa, com um pátio frontal grande e as salas de atividades coletivas ficavam no espaço superior. Uma configuração diferente daquele novo lugar.

O local antigo era como uma residência, grande e antiga do bairro, cuja circulação era mais fácil e livre, todos os cômodos pareciam integrados.

No novo espaço, o andar superior tinha algo distinto do demais espaço. Como lá havia apenas salas de atendimentos individuais, a circulação de usuários era mais restrita, passavam por lá apenas aqueles que seriam atendidos.

***

Elisa pega rapidamente suas folhas do termo de consentimento, enquanto o Doutor tenta, mas sem sucesso, se acomodar no outro lado da mesa, lá não havia cadeira.

— Espere um pouco que eu vou ter que pegar uma cadeira.

Disse à Elisa, que o aguarda alguns minutos.

> — Deixe-me colocar isso aqui.

Disse Elisa ao Doutor. Precisava apoiar seu material de trabalho na mesa para poder escrever.

> — Mas me conte o que está havendo aí?
>
> — Então Doutor Já faz um tempo que o meu projeto foi para discussão na reunião de equipe...
>
> — Você é aluna do mestrado em Psicologia?
>
> — Sim, Psicologia Institucional.
>
> — Eu estou no meu segundo ano, estou na fase da produção de dados...
>
> — Você quer outra?

Interrompe a fala de Elisa o colega do Doutor, outro médico psiquiatra que atua naquele equipamento, perguntando ao colega se precisaria de outra cadeira.

> — Não, mas se estiver sobrando pode deixar aqui.
>
> — E eu estou participando de algumas atividades aqui e no equipamento, e queria conversar sobre a crise com algumas pessoas, especificamente, então consegui agendar com o senhor e com o outro médico, com quem já me encontrei, inclusive.[63]

[63] Sugerimos a leitura da Entrevista disponibilizada na íntegra para consulta no Apêndice B na página 172, pois ela aborda o dispositivo da GAM, uma das estratégias potentes utilizadas nos equipamento para acompanhamento do cuidado e no tratamento dos usuários, e que acaba por produzir certa atenção à situação de crise, uma vez que há um compartilhamento na construção do tratamento. Assim, o usuário pode fazer escolhas acompanhadas e apoiadas por um coletivo. A "GAM aposta no valor das conversas para decidir juntos – médico e usuário – o melhor plano de tratamento para cada um; isso é uma gestão juntos, ou cogestão. Imaginemos uma cena onde se receitam medicamentos; nela participam vários grupos e pessoas: tem o usuário, o médico que prescreve, a equipe que vai acompanhar, a família do usuário, os amigos, os seus colegas de trabalho, os vizinhos, e a comunidade... Todos irão perceber os efeitos (sejam bons ou ruins) do tratamento para essa pessoa, e todos poderão contribuir de alguma maneira para ajudar em seu tratamento. Quanto mais conectados a uma rede de cuidados estiverem, mais possibilidades os usuários, seus familiares e/ou equipe de saúde terão para administrar (gerir) a medicação. Juntos, podemos sempre criar e sustentar formas de tratamento que isoladamente não conseguiríamos. Fazemos gestão autônoma quando ampliamos coletivamente as possibilidades de cuidado" (CAMPOS; PEREIRA; PALOMBINI et al., 2014, p. 11, grifo nosso). Apesar deste não ser o foco desta pesquisa, consideramos importante trazer alguma elucidação acerca deste tema, pois um dos serviços que foi nosso campo de pesquisa a utiliza no equipamento para acompanhamento do tratamento dos usuários a ele referenciados. Também disponibilizamos para consultas posteriores a versão brasileira do guia GAM que se encontra no endereço eletrônico: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_dowload_com_correcoes.pdf.

— Não sei se o senhor teve a oportunidade de ler um pouquinho sobre o meu trabalho, mas eu vou falar sobre a crise, só que minha intensão é falar sobre ela de uma maneira mais ampliada, mas também tenho o interesse de falar da crise psiquiátrica dentro do CAPS, porque eu passei um tempo aqui dentro, quando eu era estagiária em Psicologia. Na época, quando eu estava saindo, no meu trabalho de conclusão de curso, e já finalizando todas as atividades, eu recebi na Oficina de Inclusão Digital, que eu promovia na época, uma pessoa que tinha recém saído de uma crise lá no CAPS III e isso me colocou algumas questões e eu fiquei querendo saber do que se tratava...

— Mas você fez o estágio aqui?

— Fiz, dois anos.

— Aqui? Tem tempo? Que eu não lembro.

— Foi em 2014/2015.

Demora-se um tempo para leitura do termo.

— Você está focando um pouco na Reforma Psiquiátrica?

— Sim.

O Doutor estica o braço, num movimento para entregar o termo de consentimento após sua leitura. Elisa aguarda uns instantes para ver se, igualmente ao seu colega médico, inicia falando na crise, mas quando percebe que ele não iniciaria a fala se não fosse convocado com algum questionamento, ela o faz uma pergunta, como numa entrevista:

— O senhor pode falar como pensa a crise?

– Eu enxergo a crise como um paciente que sai da situação normal, se a gente puder usar essa palavra, mas ele sai da situação em que ele está acostumado e o quadro de comportamento dele sofre uma modificação que normalmente causa sofrimento nele e em terceiros e chama a atenção. A crise, ela representa alto grau de sofrimento psíquico.

Nova pausa. O Doutor encerra sua fala. Então Elisa vê-se compelida a perguntar-lhe novamente:

– E sempre tem que haver intervenção num quadro desses, ou numa crise?

– Há a necessidade da intervenção principalmente quando a crise é dura. Porque sempre tem aqueles que têm uma duração muito curta e elas regridem, mas se a remissão não ocorrer e durar e esse comportamento colocar em risco a integridade do paciente e de terceiros. Se a gente notar que há um potencial dessa crise aumentar, ela colocar qualquer pessoa em situação de vulnerabilidade há a necessidade de uma intervenção.

– E como seriam essas intervenções diante de uma crise?

> – É muito diferente a intervenção, porque dependem de cada situação de crise, mas uma delas pode ser desde uma abordagem psicossocial de uma conversa terapêutica, de uma intervenção não medicamentosa, até o recurso quando a gente usa quando ela tem um contorno maior que é a utilização de psicotrópicos, que muitas vezes atende o caso.
>
> – E quais seriam os lugares que podem acolher essa crise?
>
> – O paciente que está em um quadro de crise, ele teria algumas possibilidades de atendimento. Dependendo da crise, se for uma crise mais intensa, com um quadro de agressividade, com um risco de autoextermínio e precisar de uma atuação imediata teríamos o pronto atendimento psiquiátrico, que é do Estado, que seria o antigo Hospital Adauto Botelho, que é o pronto atendimento do EAC, em que a gente procura atender o paciente em crise, com situação de risco iminente de passagem ao ato, então seria uma das maiores indicações para crise grave. Mas, também dependendo da crise, se for uma descompensação, o quadro de uma insônia persistente, um paciente que não está comendo, um paciente que está muito depressivo, com uma ideação suicida sem um plano concreto, a gente consegue fazer uma abordagem, às vezes no próprio CAPS. Pode envolver profissionais, que não médicos, e também médicos. Então vai depender da intensidade, basicamente e dos riscos que aquela crise apresenta. Se precisar de uma intervenção imediata ou se dá para esperar um pouquinho. Eu acho que essas seriam as principais possibilidades: o CAPS e o pronto socorro psiquiátrico.
>
> – E como acontece o acolhimento à crise aqui no CAPS?
>
> – Inicialmente o paciente é acolhido por profissionais não médicos de nível superior: psicólogos, terapeutas ocupacionais, às vezes arte terapeutas, assistente social que vão, com uma conversa, avaliar qual é o grau de comprometimento e os riscos daquela situação de crise e a partir daí vão começar a fazer as intervenções que acharem necessárias e também marcar, de uma maneira geral, uma consulta o quanto antes, eles levam em consideração uma agenda com o médico psiquiatra, para que ele complemente a intervenção que já começou com a presença de um outro profissional de nível superior, e esse próximo passo, que seria uma consulta com o profissional de nível superior que juntamente com o médico atuariam da seguinte forma: O médico prescrevia as medicações e a equipe, o médico e o outro profissional de nível superior, pensam num plano de projeto terapêutico singular, que é o PTS, que é para cada paciente a forma de inserção dele, aqui dentro no CAPS.

Elisa para um pouco e se pergunta: Mas o PTS (Projeto Terapêutico Singular) não seria pensado juntamente com o próprio usuário? Como um modo de promoção de autonomia e participação deste no seu próprio processo de cuidado? Não seria essa a função do PTS? Ela havia deixado passar este questionamento. Perdida em seus pensamentos ela dá uma nova pausa, e o médico fica aguardando nova pergunta sua. Então, certo tempo depois:

> – O que se pode fazer a partir de uma crise, com uma pessoa que está em sofrimento psíquico?
>
> – Muitas coisas podem ser feitas. Se a pessoa trabalha e ela está em uma crise, ela tem que ser afastada do trabalho, por exemplo. Se a pessoa parou de tomar a medicação e entrou em crise, tem que haver uma orientação,

trazer a família junto para monitorar a medicação e ela poder voltar ao uso normal da medicação. Se a pessoa tem uma vida que ela só dorme, só deita e toma o remédio, ela não faz mais nada, deve-se criar um leque de possibilidades para essa pessoa. Para expressar o sofrimento dela, a partir da arte, da música ou poder se posicionar, melhorar o autoconhecimento através de uma psicoterapia. Então, depende muito de cada crise, de cada situação, mas a gente tem muitas possibilidades de atuação.

– Há quanto tempo está aqui no CAPS?

– Estou na prefeitura entre dez e onze anos. No CAPS eu devo estar há uns oito.

– Na prefeitura, o senhor estava na área da saúde?

– Fiquei de dois a três anos num ambulatório de psiquiatria e depois eu pedi para que fosse transferido para o CAPS. Por acreditar no trabalho com uma equipe multiprofissional, porque o trabalho no ambulatório é muito solitário, e traria melhores resultados para o paciente.

– O senhor, na sua experiência de oito anos de CAPS, Já experimentou alguma intervenção na crise, ou fora dela, num acompanhamento contínuo, sem o medicamento?

– Eu diria para você que na maioria dos casos, a gente precisa dar entrada na medicação, mas há situações que numa conversa, num aconselhamento, bem como uma melhora do apoio familiar pode segurar uma crise sem tomar uma medicação de psicotrópico. Eu diria que na maioria dos casos, naquele momento [da crise do usuário] eu usei medicamento.

– E a decisão do medicamento é sempre do médico? Ou o médico também considera a avaliação do acolhimento [psicossocial]?

– Normalmente o que acontece quando a equipe percebe que não está [dando conta] só com uma conversa, com esse apoio não está conseguindo resolver, ou pelo menos atenuar o problema, a gente chama o médico já na expectativa da medicação. O médico já é chamado com essa ideia. Então não restam muitas opções que não medicar a equipe não vai chamar o médico, normalmente, quando acha que dar para conter de outra forma que não farmacológica. Então por isso quando eu sou chamado, na maioria das vezes a intervenção é também farmacológica.

– O senhor pode falar quais são os efeitos de uma intervenção na crise, na vida do usuário? O senhor tem acesso a esses efeitos?

– Se a intervenção for bem feita, a gente tem um ganho importante, porque às vezes a gente consegue fazer com aquela família que está muito desestruturada, e muito alheia ao tratamento comece a se posicionar mais. Que assuma determinados papéis no sentido de sair um pouco com aquele paciente de sua cama, deitado. Outros no sentido de monitorar mais, observar pequenos sinais que podem significar alguma coisa da crise. Outros levando o paciente mais nas consultas. Então, outras pessoas tentando de alguma forma inserir aquele profissional ajudando a inseri-lo no mercado de trabalho, mesmo que com pequenas atividades.

Ele segue:

– Então, os efeitos na crise são aqueles, basicamente, que tira aquela pessoa de uma situação de muita frustração, de muita anedonia, ou seja, aquelas pessoas que estão só comendo e dormindo, e que começam a ver que a vida não é só comer e dormir há outros sentidos, por mais que a pessoa tenha limitações do transtorno, mas ela começa a perceber que há

> outras possibilidades. Então, eu vejo que o sujeito passa a se sentir mais útil, passa a se sentir mais importante. A intervenção na crise tem efeitos muito positivos.
>
> – E o senhor acredita que haja um retorno à vida anterior, depois da intervenção em uma crise?
>
> – Na verdade o objetivo da intervenção não é necessariamente que o sujeito volte a ser o que ele era antes da crise, mas o objetivo da intervenção é que apesar dela, apesar das suas limitações aquele sujeito não está inválido, ele não está inapto para a vida, não tem que ser excluído da sociedade. Ele vai viver de acordo com as limitações que ele tem, e ele vai ter uma vida digna, mais digna possível, em que ele tenha o máximo de autonomia possível. E dentro do possível retorne à sua vida, mas respeitando essas limitações.
>
> – E para finalizar, o senhor pode falar um pouco como o modo psicossocial da Reforma Psiquiátrica produz um cuidado, uma atenção à crise?
>
> – A equipe psicossocial, mais amplo ainda, as equipes de saúde mental e não só o médico, mas os demais profissionais da saúde mental ajudam muito no tratamento. Desde visitas, que são feitas até o domicílio para ver como essa família está estruturada, porque a família tem um peso enorme no tratamento, a chamando para o tratamento, entendendo melhor o que se passa no ambiente de casa para que o sujeito esteja tão descompensado. como esse apoio. Então o contato com a família é muito importante e essa equipe de profissionais procuram resgatar esse contato para conhecer melhor a história do sujeito, coisa que o médico não consegue às vezes numa única entrevista ter acesso a ela.

Elisa percebera que o médico psiquiatra desconsiderou os agentes comunitários, enquanto profissionais que devem compor a equipe de saúde mental nas intervenções terapêuticas, uma vez que são aqueles que estão mais próximo da comunidade e sabem quais os condicionantes sociais, econômicos, históricos que atravessam a vida do usuário e podem causa-lhes sofrimento e a gravar seu estado de saúde. Na percepção do médico, a equipe interdisciplinar que ele descreve serve apenas para ‘colher’ informações para que o médico psiquiatra faça a sua intervenção especialista/tecnicista, questiona-se ela.

Continua:

> – Procura oferecer ao usuário possibilidades de tratamento...

Elisa pensa: o usuário não participa ativamente na produção de seu tratamento, este vem apenas do saber biomédico?

> – [...] musicoterapia, arteterapia, atividades de reabilitação, procuram ver o que aquela pessoa poderia fazer para ela se sentir reinserida na sociedade de alguma forma. Então eu acho que a equipe procura fazer justamente aquilo que o médico do ponto de vista farmacológico não consegue. O remédio vai atuar na crise aguda, mas ele não vai conseguir ir às raízes

> daquilo que gerou aquela crise. E o que pode ser feito para que aquele indivíduo seja reinserido no ambiente dele. A equipe multiprofissional, multidisciplinar, ela vai fazer justamente essa parte que a farmacologia não tem capacidade de fazer.
>
> – O senhor gostaria de falar algo mais?
>
> – Eu acho que dentro desse conceito de Reforma Psiquiátrica, ela trouxe muitos benefícios à população de uma maneira geral, principalmente aos sujeitos com transtorno mental, mas eu acho que não só. Tudo na vida a gente tem que fazer com muita cautela. Eu penso que não devemos radicalizar, eu acho que a reforma psiquiátrica tem tido avanço, mas a partir do momento que a gente tem serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tudo bem. A partir do momento em que há certas limitações, em que os serviços substitutivos ainda não estão em número suficiente com profissionais suficientes, ela tem que dar uma desacelerada e caminhar um pouquinho mais lento. A gente não precisa acelerar algo que a gente não tem, os serviços que possam acolher todos os pacientes que estão saindo dos hospitais psiquiátricos, ou dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais. Eu acho que a gente tem que ter um pouquinho de espaço e a necessidade desses serviços todos integrados, o ambulatório de psiquiatria, o CAPS, os leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, enquanto isso não for possível, o próprio hospital psiquiátrico, os prontos atendimentos psiquiátricos. Esses são serviços que se auxiliam. Então eu acho que não há sentido em se extinguir um serviço para que o outro assuma sua função. São serviços que se complementam cada um com uma importância para um determinado momento da vida daquele sujeito. A gente tem que pensar sempre em somar. Eu gostaria que se entendesse a Reforma Psiquiátrica como algo que veio para contribuir, mas que algumas coisas da reforma a gente tem que pensar um pouquinho para não sermos radicais, porque isso não vai ser bom para ninguém.
>
> – E qual seriam esses pontos?

Pergunta Elisa, extremamente surpresa com a fala de um médico psiquiatra que compõem um serviço de saúde mental que foi/é constituído justamente sob a crítica ao hospital psiquiátrico.

> – Por exemplo, a questão dos hospitais psiquiátricos. A diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos, por exemplo, não acho positivo isso. Não acho bom, a partir do momento em que a gente no momento está vendo que não há leitos psiquiátricos em hospitais gerais numa quantidade suficientes para isto [referindo-se à internação do usuário]. Então vai pegando-se hospitais psiquiátricos e vai eliminando-o, vai fazendo uma desconstrução [referindo-se à lógica antimanicomial] do hospital psiquiátrico tem-se que oferecer algo para aquele sujeito [que sofre]. Se você não oferece algo para aquele sujeito, então não valeu aquilo [referindo-se aos desafios do cuidado em liberdade do modo psicossocial]. Cada vez que não é feito [?], então como alternativa, vai-se construindo leitos psiquiátricos em hospital geral se for fazer isso tudo bem, então fez sentido. Mas se pega aquele paciente que está em crise aguda, que precisa de contenção mecânica, e que o CAPS, para o nível de crise desses, não tem... não está preparado. Aí não valeu. A gente tem que ter muita cautela com o que a gente está fazendo, porque eu não posso destruir algo, acabar com algo se eu não tenho algo a oferecer para colocar no lugar. A gente tem que ver a situação do país, os recursos que a gente tem no sistema único de saúde para ver o que é possível e o que não é. Eu acho que sonhar, tudo bem, é legal, mas a gente tem que agir com muita racionalidade, não podemos agir pelo passional, pela

> emoção, para que a gente não cause, por ideologias, danos ao sujeito, a gente tem que ser muito prudente nas nossa ações, os serviços, eles se complementam, uma não anula o outro e é dessa forma que eu acho que a gente tem que pensar a reforma psiquiátrica, para que ela continue caminhando bem.

Elisa finaliza a conversa e agradece ao profissional por sua disponibilidade em contribuir com a pesquisa. Ela saíra do equipamento incomodada com as falas finais da conversa. Ficara pensativa, vai em busca de algumas leituras para elucidar pontos que ficaram embaralhados naquele turbilhão de palavras.

Pergunta-se como ainda se acionam num lugar no qual se trabalha com o modo de cuidado psicossocial, essas formações tradicionais que marcam posições de sujeitos e mantem práticas numa lógica manicomial de isolamento?

Melhor dizendo, como os serviços pautados na saúde coletiva, que está inserida numa política de saúde voltada para um cuidado territorial e comunitário, ali onde as pessoas vivem suas problemáticas de saúde e consequentemente, onde podem construir novas respostas a elas, produzem e atualizam práticas de cuidado reducionistas e individualizadas?

Como tomam a crise apenas como um fenômeno humano em si? Desconsidera-se o sintoma como condição de criação de certo corpo, certa temporalidade, determinados movimentos, potência criadora de novas realidades e modos de existir singulares.

Será que num cuidado psicossocial tem que se prescindir de uma retaguarda de internamento/isolamento hospitalar psiquiátrico, ou a própria atenção à crise nos CAPS, cuja proposta de cuidado ocorre no cotidiano e no território do usuário não seria o novo modo de pensar a saúde? Um modo inventivo, substitutivo ao velho modelo asilar?[64]

A impressão é de que se ignora que as conquistas da Reforma Psiquiátrica foi por meio de muitas lutas, tensionamentos políticos e experimentações afirmativas que

[64] Falamos do hospital psiquiátrico enquanto modelo, pois ele é extremamente hierarquizado, com parâmetros protocolares, ou seja, as práticas de cuidados encontram-se elencadas e prescritas em manuais, planilhas, cartilhas, documentos que registram os passos a serem tomados a priori ao próprio ato de cuidado, privilegia apenas o saber médico, que serve de exemplo e padrão para as demais profissões e modos de cuidar.

difundiu um cuidado em saúde mental com práticas libertárias de produção de autonomia.

Não podemos nos arrogar de uma posição acomodada, apolítica, acrítica, atomizada, na qual se precisa aguardar, passivamente, que um modelo assistencial seja dado e esteja em pleno funcionamento idealizado, para que então se possa extinguir o aparato manicomial e suas práticas de 'descuidado'.

Não podemos nos esquecer da historicidade das torturas que eram praticadas em nome da normalização dos loucos realizadas nos hospitais psiquiátricos. Não podemos desconsiderar um costume do negócio financeiro em torno das longas hospitalizações do contingente de pessoas que não estavam de acordo com a ordem social e os modos normalizados do viver na atualidade.

Não podemos considerar um hospital psiquiátrico como modo de cuidado em saúde mental, pela sua história impregnada de horror, e pelo desacordo com a produção de saúde.

Ignora-se, assim, que o modo psicossocial é construído em cada atualização das práticas antimanicomiais, no cotidiano dos próprios serviços. Isso é o que sustenta e fundamenta uma lógica de cuidado que é temporal, situado, ético/político, afirmativo, potencializador, criador de existência. A Reforma Psiquiátrica é processual, está sempre por se fazer.[65]

Aquelas colocações deixaram aparecer os paradoxos na produção do cuidado em saúde mental. Vários modos de produzir cuidado, do psicossocial ao manicomial, todos coexistindo no mesmo equipamento. Há uma construção constante do cuidado à saúde mental em tensionamento com forças que forjam tanto o modelo asilar/manicomial, quanto o modo psicossocial desse cuidado.

Portanto, não há de se pensar em uma superação de um modelo pelo outro, há uma interrelação entre os vários modos de produzir cuidado, que assumem nuances entre maneiras mais tutelares de cuidar e aquelas que exercem práticas de liberdade e produção de autonomia, sobretudo.

---

[65] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental Esplanada dos Ministérios. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

11.2 “CADA CRISE É DIFERENTE”

Aquele encontro fora combinado no intuito de se fazer uma conversa com o material que Elisa produzira no período que circulara pelos equipamentos. Houve alguns desencontros, mas finalmente conseguiram se reunir naquele dia.

Elisa pedira que iniciassem pelos incômodos provocados com a leitura do material, fizera aquele pedido para quebrar com as resistências em iniciarem suas falas. Rosa iniciara falando da falta de sentido entre os textos. Parecia que “estavam picados”, o único no qual ela conseguira produzir algum entendimento fora uma das entrevistas realizadas por Elisa no campo. E fora, justamente, aquele texto que prendera mais as atenções daquela roda de conversa. Houve poucos destaques acerca dos demais textos compartilhados.

Os técnicos que compunham aquela roda de conversa apontaram que ficaram confusos com aquela proposta de discutir os textos. Gostariam de saber o que se queria com aquela proposta. Do que tratava aquele encontro.

Elisa precisara disponibilizar certo tempo para explicar em qual momento da pesquisa se encontrava e quais seriam os passos a partir do que se produziria naquele encontro. Afirmara que por se tratar de um diário de campo, os textos eram picados, recortados mesmo e que seria a partir daquela conversa que poderia se produzir alguns sentidos àquela pesquisa.

A elucidação da Elisa parecera reduzir as expectativas do grupo, no que se referia à sua proposta de restituição ao campo de pesquisa, puderam a partir dali iniciar as falas com um pouco menos de restrições.

Elisa perguntara se conseguiram se reconhecer, enquanto serviço, naqueles textos. Afirmaram que sim, e que na leitura sabiam que certos modos de intervir não eram daquele espaço de cuidado. Afirmaram que havia um olhar diferente entre eles, sobretudo no cuidado com a crise no equipamento, que produzia um modo de cuidado igualmente diferenciado.

Enquanto liam o texto de Elisa, procuravam as pessoas que nele apareciam. Queriam identificar as pessoas, as situações, ela ponderava.

***

A porta rapidamente fora aberta, ela tinha certa urgência em perguntar pelo psicólogo, pois o abrigo estava querendo falar com ele. Alguém dá aquela informação e ao mesmo tempo fala para a técnica que o procurava, que a mãe de uma usuária iria retornar ao serviço naquela tarde e que precisariam conversar com ela.

Elisa pensara como tais atos podem desencadear ações mais efetivas e acabar produzindo resolutividade nos atos de cuidados naquele espaço – e fora dele.[66] Naqueles lugares, o cotidiano e os atos de cuidados encontravam-se misturados, apenas um recado, uma indicação de onde certo profissional está, são passíveis de contornar uma crise, de fornecer uma resposta à crise psiquiátrica.

***

Na discussão, aparece que em um dos textos há uma distinção entre uma concepção de crise mais ampla e uma crise psiquiátrica, apontaram que poderia ser minuciosamente discutido de qual crise se fala naquele texto. Pois é a partir daquela concepção do que seria uma crise que se poderia falar dos lugares de atuação, do saber médico e do impacto que isto tem nos serviços.

Destaca-se que o saber médico tem um discurso diferenciado nos serviços de saúde mental e isto é muito relevante e concerne a constituição do próprio saber médico e de sociedade, eles estão intrinsecamente relacionados. Sendo assim, teria que se ter cuidado com os discursos que circulam nos equipamentos, pois eles produzem realidades.

Apontam que a depender das relações constituídas nas equipes, a importância que se dá ao discurso do profissional de medicina é relativamente menos relevante ou mais relevante do que os demais saberes das áreas biomédicas ou das áreas humanas, ou seja, dos outros profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. E o quanto ele está permeável a discutir ideias, compartilhar modos de intervir.

[66] O princípio da Resolubilidade no Sistema Único de Saúde brasileira preconiza que quando há uma problemática referente à saúde, o serviço de saúde, inclusive o de saúde mental, esteja capacitado para enfrentá-la e resolvê-la no âmbito de sua competência ou promova o devido encaminhamento para que o problema seja solucionado adequadamente e dentro dos parâmetros da Política Nacional de Saúde. A resolutividade das ações de saúde, ou seja, as ações que se voltam às demandas de saúde mental que tem uma resposta afirmativa a tal demanda, impacta direta e/ou indiretamente nas ações de cuidados destinados ao indivíduo/coletivo, nos atos de cuidado com a saúde mental, que porta uma potência na produção de saúde e amplificação de vida (BRASIL, 2008, grifo nosso).

O importante é como estas áreas de saberes, a partir dos profissionais que atuam nos equipamentos, intervêm com a crise dentro dos serviços. A relação da equipe com o médico ou a relação entre a própria equipe produz um modo específico de seu cuidado, no momento da intervenção. Problematizar quais são os efeitos das relações na produção de cuidado e de saúde pode falar diretamente de como a crise se constitui nas próprias relações.

Destacam a sensibilidade do médico em falar que as intervenções são diferentes a depender da particularidade de como a crise é vivenciada por cada usuário, a partir de suas próprias experiências, pois sendo cada crise individualizada, então as intervenções são igualmente individualizadas.

– A crise é do sujeito.

Um paradoxo se desenha quando na roda de conversa se fala de uma crise que se constitui em relação, ao mesmo tempo em que ela é apontada como vivenciada de modo individualizado por cada sujeito que entra em sofrimento psíquico, ou melhor, numa crise.

Quando ela aparece como sofrimento do usuário do equipamento, as ações para sua resolução são individualizadas nele, mesmo falando-se que a crise se constitui em relação?

Então, como analisar quais os elementos do próprio equipamento que estão intimamente imbricados numa situação de crise, mas que aparentemente não são considerados pela própria equipe que opera tal cuidado?

Quando se fala na saúde mental que um usuário do equipamento entra em crise, todo o serviço entra em crise juntamente com ele, como se diferencia as ações de cuidado à crise a uma apatia que pode tomar o lugar das ações de promoção de cuidado?

Ditos de outra maneira, como uma situação de crise pode operar nos equipamentos ações ou um estado de apatia que não leva se não a uma situação de culpabilização dos sujeitos – usuários/técnicos? Seriam dimensões distintas a vivência da crise e a produção de ações afirmativas para sua resolução?

> – Cada crise é diferente, cada crise tem ações diferentes, tem um manejo diferente. Cada crise tem uma maneira de acontecer, cada uma tem uma intervenção a ser feita e por isso a questão da vinculação é importante. Para ver o que se consegue fazer e o que não se pode numa situação de crise com o usuário. Como se entra para agir, qual o momento da parada. Quando se afastar, quando voltar. Tudo depende do vínculo senão se faz uma coisa mecânica. Uma contenção física, uma contenção mecânica. São feitos vários encaminhamentos para vários lugares, depois volta aciona a família.

Em contraponto, quais seriam os riscos de não se considerar a individualização, ao menos certas especificidades, de uma situação de crise? Cair numa burocratização do cuidado, sem realmente promover situações de ampliação da vida e produção saúde, apenas mais adoecimento e sua cronificação. Elisa se encanta com as problematizações da equipe, à medida que discute a crise, coloca-se em relação a ela, implica-se.

Outro ponto discutido na roda de conversa diz respeito ao uso do medicamento e suas indicações – prescrições – no equipamento. O tema surge a partir de uma fala do médico que diz que toda vez que é convocado pela equipe a intervir numa situação de crise, esta o aciona já na intenção e com a demanda da medicação.

A problematização acontece quando se questiona quais os outros modos possíveis para intervir numa crise dentro daqueles equipamentos, como o modo psicossocial. Novamente, a discussão gira em torno dos discursos e dos saberes/poderes que estão em circulação no próprio serviço. Quais práticas eles legitimam? Quais ações de cuidado eles promovem?

O discurso médico aparece apartado do modo psicossocial de cuidado à crise. Parece assumir, mesmo dentro daquele equipamento que é um lugar de crítica extrema ao modo mercantilista e biomedicalizante da saúde mental, uma posição baseada no seu modelo de constituição enquanto saber biomédico hegemônico.

Tomam a intervenção psicossocial como distante da intervenção médica, fornecendo a impressão de que esta intervenção, mesmo dentro do equipamento, não faz parte da intervenção psicossocial. Interferindo, inclusive, no modo como a equipe se relaciona nas ações de atenção à crise.

Tal situação que é reforçada pela equipe que convoca o médico apenas quando a intervenção já tem uma indicação medicamentosa, avaliação realizada pela própria equipe na situação de acolhimento inicial [triagem realizada por uma dupla de

profissionais, que não inclui médicos, para realizar o primeiro acolhimento nos equipamentos, ou seja, é o primeiro contato do usuário com o serviço].

> – Quem coloca o médico como parte da equipe? Apenas o chamam quando a intervenção é farmacológica.
>
> – A própria lógica de funcionamento é essa. Não se tem médicos dentro das oficinas. Tem o médico na consulta.
>
> – O médico não participa nem das reuniões de equipe.
>
> – A questão do médico é complexa, são muitos fatores que envolvem a sua entrada nos equipamentos. Um médico sai e sobrecarrega o outro, os médicos têm vários vínculos, e ficam com restrição de horário. Ou se aceita as restrições dos médicos ou não se tem disponibilidade de médicos no equipamento. A classe médica tem muitos favorecimentos, eles que 'dão as cartas' e não se tem negociação. Se não for da maneira que seja bom para eles então não é de modo algum, e acabam indo trabalhar em outro lugar. Está precisando de médicos em todos os lugares.
>
> – Por um tempo nós tivemos uma médica clínica, ela não era psiquiatra, que participava do matriciamento, do grupo terapêutico, e fazia as consultas. Por um tempo nós conseguimos mantê-la assim, porque nos grupos terapêuticos, ela também tinha uma formação em Psicologia, ela conseguia fazer a escuta de algumas coisas e até mesmo dava vazão a algumas demandas. Mas depois não sei como isso foi se desconstruindo, ela não tinha mais tempo para o matriciamento, depois para o grupo que não conseguia participar devido aos seus horários que não eram compatíveis.
>
> – Qual é o conceito de crise na atenção psicossocial? Como se trabalha o conceito de crise nos equipamentos? Não se tem muito consolidado isto em nenhum dos equipamentos. Não é uma coisa simples, mas precisa ser falado. Às vezes sai até automático que o CAPS é o lugar da crise. O que é crise? Pode ser tudo ou pode ser uma coisa específica de uma agitação psicomotora? Ela pode ficar meses, o sujeito pode ficar com a crise durante muito tempo. O que é uma crise? De onde ela vem? Como se trabalha nela? Qual o meio de intervir? Qual o momento de fazer a intervenção medicamentosa? A partir de qual momento lançar mão de uma internação? De um acolhimento noturno? Não temos esse conceito muito certo e é um conceito muito caro para a reforma psiquiátrica.
>
> – Mas, ao mesmo tempo em que não se tem uma consolidação do conceito de crise, a equipe atua em uma situação de crise fazendo uma intervenção, promovem um acolhimento noturno, e como isso acontece? A partir de que fazem isso?
>
> – De uma ideia de crise que é construída no serviço. Há uma construção muito coletiva nela. Das pessoas que estão naquele local, trabalhando cotidianamente.
>
> – Ultimamente temos pensado muito a crise, a partir da chegada de uma pesquisa no equipamento. Muitas vezes pensamos a intervenção numa crise quando ela já está no acolhimento noturno, mas, no dia-a-dia, fazemos uma intervenção de crise muito mais do que conceituamos sobre ela. Quando um usuário chega agitado, demandante depois de um final de semana, segunda-feira é o dia que mais fazemos intervenção à crise. Porque crise é o que tira do lugar, o que sai do comum, o que muitas das vezes incomoda e o que não se consegue dar conta e vai transbordar, vai ser jogado para todos os lugares. Fazemos o acolhimento à crise muito mais do que a gente pensa que faz, talvez pela definição da crise não estar tão evidente para nós.

– Quando num grupo recebemos um usuário muito agitado, muitas das vezes não nos damos conta daquilo e damos outra palavra para o que seja uma crise. É mais fácil ver uma crise a partir de sua agudeza, não a enxergamos no cotidiano. Existem usuários que estão numa crise constante.

– Questionamo-nos o quanto conseguimos ver esta crise, no cotidiano, e o quanto contribuímos para a sua prevenção. Ou a crise que geramos dentro do próprio serviço com falas inadequadas, que não paramos para refletir sobre isso, porque são 'pacientes com transtorno' e não trazemos este tipo de questionamento para nós, enquanto equipe.

– O espaço de escuta das questões dos sujeitos é em todos os lugares no equipamento. E é uma escuta sobre todas as questões, também. Não é apenas no atendimento individual, não é só no grupo terapêutico. Mas é tanto quanto ou mais importantes às conversas que fazemos nos corredores, no ponto de ônibus quando encontramos alguém. Pois, tiram-se as questões do saber/poder, constitui-se outro lugar e o valor das intervenções são outros. Quando se está na arquibancada perguntando como foi o dia das pessoas, o que ela está comendo, o que ela fez, porque ela está triste. Ou quando a encontra no ônibus, pergunta-se para onde ela vai, e começa-se a falar sobre a vida. É outro tipo de relação que se constrói. Que é uma relação de cuidado também, e muito mais potente, muitas vezes, que um atendimento ou um grupo. É atuar com o sujeito realmente, na vida dele como ela é, e não numa situação artificial de cuidado, como chamar a família dentro de um consultório e fazer alguma cobrança de cuidado para ela. 'você está deixando o fulano sujo?' Vai saber o que eles estão passando em suas vidas. Aquele tipo de atuação é muito mais sensível e muito mais potente do que uma intervenção formal. Então o espaço de escuta são todos esses lugares. Ao mesmo tempo, isto diz de uma prática muito pessoal, embora eu ache que um CAPS como um todo devesse funcionar assim. Não o é, porque os profissionais vêm de diversas áreas com formações distintas. Cada um chega com sua história, com seu percurso.

– Existem, numa intervenção, muitos outros atravessamentos, não que este de fato seja um problema, mas não conseguimos muitas das vezes dar uma constância no cuidado. Penso isto porque tem usuário que está aqui há quatro anos, desde que o CAPS inaugurou, e não entendo o que foi feito durante os três anos antes de minha entrada no equipamento com o seu tratamento. Gente que não conseguiu entender o que se faz no serviço até hoje, que faz uma intervenção inadequada, e provoca uma crise na qual o usuário entra e está nela até agora e não consegue sair, mas não se dá conta de sua atuação no serviço. Acontecem muitas coisas como eu falei, depende da formação ou da falta de formação no serviço também. É muito difícil. Mas imagino que isso seja para todos os outros serviços também. Isso é muito nítido para mim, porque estou dentro de um serviço, e vejo as pessoas, vejo as intervenções, mas tenho plena consciência que não é uma dificuldade nossa. Ao mesmo tempo, está aí e tem que ser trabalhado.

– Vamos fazer educação permanente, uma conversa individual, perguntar quais são as dificuldades e fazer uma intervenção. A formação também é em serviço. Dito isso, temos um serviço para uma vida inteira, com bastante trabalho, porque não vai acabar. Os profissionais vão continuar entrando nos serviços, as pessoas não vão parar de entrar em sofrimento psíquico, é uma constante, mas eu ainda acho que conseguimos ainda qualificar muito em serviço. Ao ponto em que quando entra profissionais novos, e que não estão entrando mais num momento estruturante, mas numa condição na qual o equipamento está muito mais organizado e conseguem ver quais práticas são mais potentes e conseguem apreender algo de outra forma para atuarem em suas práticas, e produzir ações mais potentes de cuidado,

> não que haja uma certa ou uma errada, mas conseguem entender quais os princípios que estão sustentando aquelas práticas.

A conversa se desenrolou sem muitas interferências de Elisa. Àquela altura ela já havia entendido como acontecia uma restituição e como as questões discutidas vão sendo produzidas a partir dos encontros, coletivamente. Alguns pontos que ainda estavam muitos nebulosos para Elisa, foram tomando contornos e evidenciando elementos de análise na pesquisa.

A questão da formação cidadã, que é uma formação política, fora lembrada por um técnico que participa ativamente nos lugares de discussões na saúde mental, tanto no Núcleo da Luta Antimanicomial como nos espaços de produção de conhecimento a exemplo do núcleo do estado do Espírito Santo da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Afirmara que o Núcleo estava atravessando um momento de muito esvaziamento de usuários participantes e que aquilo também poderia ser visualizado no próprio serviço. Dissera que nenhum usuário daquele equipamento participava daquele movimento social e também nenhum outro profissional daquele espaço.

Os efeitos desse desinteresse em discutir a saúde mental pelos próprios usuários e profissionais que atuam nela contribuem para a falta de conhecimento da existência daquele espaço como um lugar de discussão e produção de saúde mental. Assim como, o desconhecimento da história das conquistas e dos desdobramentos das lutas pelo direito à saúde como um bem inalienável dos brasileiros. Lembrara que a concepção que se tem de política, para a maioria das pessoas, resumia-se ao período de eleição.

> – O familiar vem participar das oficinas para resolver um problema. Ele já está cheio de coisa e não quer ouvir mais uma coisa. E à medida que neste espaço conseguimos conversar apenas sobre uma coisa já é um ganho, apesar de ser muito pontual. Poderíamos discutir uma formação em cidadania na própria assembleia, mas não conseguimos trazê-los para este espaço. Como pensar mais amplamente? A conversa que fazemos no grupo traz um ganho, mesmo que mínimo por isto não pode deixar de investir nunca.

Disseram que até nas assembleias do equipamento o desinteresse em discutir o próprio cotidiano é tamanho que não conseguem trazer os familiares dos usuários para participar das deliberações que fazem localmente. Tratava-se de um trabalho

muito mais persistente em explicar quais as funções dos espaços de cuidado, quais os locais de reivindicações. Lembraram que aquele movimento vem acontecendo na atualidade.

> – Quando nós promovemos um evento mais lúcido, a participação dos usuários é maior, como por exemplo, a ida para uma visita à Pedra da Cebola, mesmo assim não são todos que participam. Existem alguns usuários que são muito comprometidos e outros que estão sempre presentes nas nos eventos. O dia da luta antimanicomial é um desses dias, quando temos maior abertura para discutir as questões de direitos, e cidadania.
>
> – Isso tem que ser discutido sempre. Mesmo uma pessoa com transtorno grave, que está bem comprometida tem um nível de entendimento, mesmo que à maneira dela, mas todos nós temos capacidade de compreender, sentir as coisas da vida que nos dizem respeito, por isso devemos fazer esses investimentos constantemente.
>
> – Também temos que problematizar sobre qual a linguagem que se usa para discutir esses temas com as pessoas. Em eventos passados vimos que a música, as artes, a dança tem uma entrada melhor. Vimos que há possibilidade de investir em outros modos, outras várias práticas para acessar as pessoas. O que nos desafia é descobrimos com qual linguagem podemos usar. Nas nossas práticas nós falamos muito, e existem outras formas de falar, de expressão.
>
> – Uma outra questão política mais direcionada para a crise e que trouxe um ganho enorme ao tratamento dos usuários foi a intervenção entre usuários. Um usuário poder intervir na crise de outro usuário, a partir do convívio entre eles e da abertura do serviço para isto. Entender o porquê está todo mundo aqui no CAPS e de onde ele veio, do cuidado em liberdade, do modo do cuidado que promovemos na família, com o desenvolvimento de uma rede de apoio. O usuário entende isso e consegue se sentir potente para fazer uma intervenção numa crise de outro usuário. Isso é muito importante. Já vi isto acontecer aqui.

[...] a vida, a respondeu
com sua presença viva.
E não há melhor resposta
que o espetáculo da vida:
vê-la desfiar seu fio,
que também se chama vida,
ver a fábrica que ela mesma,
teimosamente, se fabrica,
vê-la brotar como há pouco
em nova vida explodida;
mesmo quando é assim pequena
a explosão, como a ocorrida;
como a de há pouco, franzina;
mesmo quando é a explosão
de uma vida Severina
(MELO NETO, 1920-1999)

12 E ASSIM,

Optamos por construir ao longo desta dissertação as polifonias do campo de pesquisa, por entendermos que isto pode contribuir para entrevermos as sutilezas do cuidado no cotidiano.

Com as entrevistas muito nos debatemos arriscando modelá-las, remodelá-las, tentamos dar relevância apenas aos conteúdos que pensamos serem analíticos, todavia decidimos ativamente mantê-las inteiras para se registrar os seus pormenores, os seus silêncios e equívocos. Apostamos em retirar a opacidade dos afectos que tencionam e emergem das entrelinhas com os jogos de forças que sustentam as práticas cotidianas e as atualizam.

Pensamos, pois, que o cuidado com a crise sobrevém no cotidiano dos equipamentos, ali onde as práticas são mais flexíveis e mais complexas, extrapolando os protocolos e as burocracias sem, no entanto, desconsiderá-los.

Decidimos pinçar alguns momentos para colocarmos em análise, justamente por não podermos dar conta da complexidade do cuidado com a crise nos equipamentos, na saúde mental, e na vida. Contudo, a riqueza das práticas dos serviços nos forneceram algumas pistas de como esse cuidado se produz em ato.

Entendermos que apesar da necessidade de se ter uma rede de saúde que esteja bem articulada e consolidada, principalmente com serviços de urgências e emergências que acolhem à crise aguda, o trabalho mais imediato com os usuários, àquele que acontece no dia-a-dia das relações de cuidado dentro dos equipamentos, é capaz de dar contorno ao sofrimento psíquico quando ele está à flor da pele, mais pulsante.

Ao caminharmos nos diversos espaços de cuidado, por entre os equipamentos, pudemos acompanhar como a atenção à crise se desenrola no cotidiano dos serviços. Como os afetos são mobilizados para produzir um cuidado que não fragmenta sujeito/vida.

Nesta dinâmica relacional, usuários agem, veementemente, nos processo saúde/doença/cuidado individuais e coletivos, uma vez que o próprio encontro dos usuários [singularidades emergentes] com as estratégias de cuidado nos equipamentos e a equipe técnica, que promove tal cuidado, ambas imbricadas

institucionalmente, implica na transformação nas subjetividades daqueles que sofrem e os profissionais referidos, transformando os modos do próprio cuidado e do viver.

Testemunhamos como o cuidado que se dá na própria vida com os usuários, integrando as questões mais corriqueiras como a falta do gás de cozinha, o consumo do tabaco, a utilização dos sanitários dos equipamentos, os relacionamentos que se dão naqueles espaços, quando discutidas, tem a potência de efeitos terapêuticos, além da experimentação da cogestão nas atividades dos serviços, que é um exercício democrático em ato. Esse lugar de pactuações reverbera na vida dos usuários ampliando sua autonomia.

Assumir um cuidado sem fragmentá-lo das demais dimensões da vida, considerando inclusive as questões orgânicas e biológicas, rompe com a lógica 'dictomizante' do processo de saúde-doença. Introduzimos ao cuidado com a crise tudo o que importa na vida dos usuários.

Ao lidarmos com práticas de cuidado no âmbito das pactuações e da cogestão, podemos responder aos impasses e às dificuldades que geram sofrimento ao usuário, nas suas maiores sutilezas e dificuldades, justamente. Ampliamos as respostas às problematizações, produzimos resolutividade em saúde. As oficinas e as assembleias nos equipamentos são práticas coletivas que agenciam conexões e ações políticas, alargando as estratégias de cuidado, transformando o cotidiano.

Quando exteriorizamos o cuidado à saúde mental, e mais atores se envolvem com a produção deste cuidado, lançamos mão de mais elementos para que a crise aguda não se constitua enquanto impeditivo da vida, uma vez que há nas práticas de cuidado e atenção à crise a consideração dos múltiplos planos da vida dos usuários.

Mas o grave assalto que o campo da Saúde Mental tem sofrido com o realinhamento neoliberal das políticas de saúde no país tem afetado drasticamente a produção da saúde coletiva brasileira. Com o foco na mercantilização da saúde, privilegia a privatização e comercialização de produtos e serviços que individualiza os sujeitos e tem uma concepção de cuidado de saúde baseada apenas no modelo biomédico/anatômico/biológico cujo objetivo é a obtenção da cura.

É o que vimos com a Nota Técnica 11/2019 do MS (Ministério da Saúde do Brasil) cuja intensão foi, e continua sendo, reorientar a assistência à saúde mental numa

lógica de funcionamento centrado no modelo asilar/manicomial como o cuidado primeiro das pessoas em sofrimento psíquico, contrariando toda a construção coletiva do modo psicossocial.

Desconsiderar do processo de produção da saúde/doença/cuidado as demais dimensões da vida em coletividade é não pensar nos atravessamentos das problemáticas sociais, econômicas, ambientais, culturais, pedagógicas, religiosas, e os efeitos deste processo na vida, vida comunitária.

Apreciar apenas as questões patológicas e utilizar suas estratégias de cuidado acaba por simplificar e minimizar demandas muitos mais potentes em gerar patologias, como a pobreza, a violência, o trabalho precário.

Isto, por sua vez, afeta diretamente nos recursos destinados à saúde, uma vez que os gatilhos que geram patologias não são extintos em sua radicalidade. O cuidado à saúde gira em torno apenas na supressão dos sintomas e não entram no mérito das suas causalidades. Não produz resultados efetivos na promoção e para produção de saúde nas populações sujeitas a tal modo de cuidar da saúde.

É exatamente isto que está se desenhando na Saúde Mental brasileira. Os recursos da administração estatal que deveriam ser destinados à saúde coletiva acabam se esvaindo à iniciativa privada que os utilizam para remediar demandas agudas e pontuais, como as questões de saúde ambulatoriais e hospitalares funcionando numa lógica curativista. ‘Correm atrás’ dos problemas de saúdes postos e esquecem-se dos investimentos para a ampliação da vida em coletividade.

O que se pode fazer com as problemáticas da mobilidade urbana, com as questões sanitárias, com a promoção de lazer, é também pensar a saúde. Precisamos inserir em meio as questões de saúde mental, principalmente: a educação, o lazer, o trabalho, a moradia, a pobreza, fundamentalmente, porque são solos férteis na produção da miserabilidade da vida.

Consideramos que ao ‘forçarmos’ as portas abertas dos serviços com nossas inquietações/interrogações, contribuímos para se pensar que saúde ampliada requer, fundamentalmente, pensar em quais estratégias precisam ser criadas coletivamente, analisando como se fazer para ampliar a vida e os modos do viver.

Colher a crise em fragmentos é ‘catar’ o que resta, aquilo que desconcerta. Assim como a loucura, não tem sentido. Tem que se produzir com uma ‘Lógica dos

Sentidos'. Como um abraço apertado, quando lhe é pedido. Isso é fazer cuidado com o cotidiano vivo.

E os impedimentos que teimam em existir? Eles também tecem a rede do cuidado, fazendo revirar tudo àquilo que está dado. Toda 'aquela gente' falando, esbarrando, andando apressada, às vezes parada, pensando, isso compõe o processo de subjetivação, produzem modos novos de existência. E, portanto, tem que se criar, desenhar, costurar... Como o artista, que para fazer sua oficina, produz a cola de cada dia.

E a aquela aprendiz-pesquisadora? Aquela que temia? Já não existe mais. Em cacos foi partida. Tenta se reconstruir com os restos das linhas, que insistem em ficar aos fiapos, para que se liguem a outros pedaços pela vida.

E as trilhas da pesquisa se estreitam, tem que se findar o caminhar, não tem jeito. Do que se 'plantou' emergiram flores. Com modos sensíveis de atenção à crise, produz cuidado em equipe. Com seu movimento o mar fez erosão, buracos se abriram em extensão. Foi possível apostar num cuidado com a crise, pelos corredores, pelo pátio, em composição: "[...] depende[r]-se das pessoas com quem se convive [...]", um cuidado sempre por se fazer e práticas sempre por se criarem.

E assim, como diriam Deleuze e Guattari (1997, p.21), uma pesquisa, tal como um livro, é sempre uma ideia insípida, deficitária da realidade. Nenhuma habilidade de escrita é suficiente para fazê-la ouvir. É, sempre, preciso fazer de modo mais simples, no nível das dimensões de que se dispõe, na qual ela se constitui. Subtrair o único da multiplicidade: escrever a n-1.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alexsandro Barreto et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm**. V. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>. Acesso em 1 fev. 2018.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In:_____. **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2015. p. 109-126.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord**.). Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 6ª reimp. da 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013a.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Medicalização em psiquiatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 1ª reimp. da 4 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013b.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 5 reimp. da 1 ed . Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

AQUINO, Julio Roberto Groppa. Como escreve Julio Groppa Aquino. **Como eu escrevo**, Brasília, 21 nov. 2017. Entrevista concedida a José Nunes pelo professor titular da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://comoeuescrevo.com/julio-roberto-groppa-aquino/>. Acesso em: 20 nov. 2018.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teorias e práticas. 6 ed. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012.

BAPTISTA, Luiz Antônio Dos Santos. **A cidade entre pastores e a crueldade da arte**. Seminário de pesquisa apresentado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo. 20 março 2018.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Paulo Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. Diário de bordo de uma viagem- intervenção. In:_____. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 172-200.

BERGSON, Henri. **Memória e vida**. Textos escolhidos por Gilles Deleuze. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

BOFF, Leonardo. **Crise**. Oportunidade de Crescimento. Petrópolis: Vozes, 2010.

BRASIL, Agência. Santos é pioneira na luta antimanicomial. **Último Segundo**. 2010. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/santos-e-pioneira-na-luta-antimanicomial/n1237686246722.html>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1999. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/.../FolhaRostomodelo99.doc>. Acesso em: 17 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental Esplanada dos Ministérios. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno humaniza SUS**, v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios. **Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2011.

BRASIL. Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serv. Soc. Soc. online.** 2017, n.128, p.85-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100085&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; PALOMBINI, Analice de Lima et al. **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO** – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-Interfaces>. Acesso em: 01 jun. 2019.

CAMPOS, Políbio José de. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência. In: ZEFERINO, Maria Therezinha; RODRIGUES, Jeferson; ASSIS, Jaqueline Tavares de (Orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental**: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 97p.

CANGUILHEM, Georges. Novas reflexões referentes ao normal e o patológico (1963-1966). In:_____. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 3 tiragem da 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 181-278.

CASTRO, Karla Maria Duarte. **E agora, o que fazer?** Uma visão da atuação do psicólogo na saúde mental no município de vitória. 2015. 114 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2015.

CLEMENTE, Anselmo; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; ROMANHOLI, Andréa Campos. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polise Psique**. Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, p. 80-99, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/viewFile/41111/26490>. Acesso em: 05 abr. 2015.

COSTA, Mônica Silva da. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arq. bras. psicol**. Rio de Janeiro, v.59, n. 1, p.- 94-108, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010>. Acesso em: 02 out. 2016.

DELEUZE, Gilles. A intuição como método. (As cinco regras do método). In: _____. **Bergsonismo**. Trad. Luiz Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 7-26.

DELEUZE, Gilles. A vida como obra de arte. In: _____. **Conversações**. Trad. Peter Pal Pelbart. 7 reimpr. da 1 ed. São Paulo: Ed. 34. 2008. p. 118-126.

DELEUZE, Gilles. **Abecedário de Gilles Deleuze**. Direção: Pierre-André Boutang, Entrevista: Parnet, Claire. Paris: Éditions Montparnasse, 1988-1989. Publicado em: 1995.

DELEUZE, Gilles. Décima quarta série: Da dupla causalidade. In: _____. L**ógica do Sentido**. Trad. de Luiz Roberto Salinas Fortes. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 97-102.

DELEUZE, Gilles: GUATTARI, Félix. O plano da imanência. In: ------. **O que é a filosofia?** Trad. de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 49-79.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Filosofia, ciência lógica e arte. In: _____. **O que é filosofia?**. 2 ed. São Paulo: Ed. 34, 1993.p. 151-174.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1997. 4 v.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Trad. Luiz B. L. Orlandi. ed. 34. 2010. 1 v.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (orgs). **Epidemiologia da saúde mental no brasil**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007. p.39-79.

DELL'ACQUA Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.161-94.

DESVIAT, Manuel. Pensar em saúde. In.: _____. **Coabitar a Diferença**: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva. Trad. Marta Donila Claudino. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 21-37.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/crise/>. Acesso em: 16 set. 2017.

ERASMO, Desidério (1469-1536). **Elogio da loucura**. Trad. de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2014.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde, Vitória, ES: 2018. 269 p. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2019.

EVANGELISTA, Ana Paula. Interesses privados na saúde mental: As contradições que perseguem a efetividade da Política de Saúde Mental no Brasil. **Notícias da EPSJV/Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/interesses-privados-na-saude-mental>. Acesso em: 23 nov. 2017.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FOUCAULT, Michel. A constituição histórica da doença mental. In:_____. **Doença mental e Psicologia**. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 49-72.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura**. 1 reimpr. da 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5 ed. São Paulo: Loyola, 1999a.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3**: cuidado de si. 6 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999b.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado (Org.). 25 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso do Collège de France (1973-1974). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Marins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. Os intelectuais e o poder . In: _____. **Microfísica do poder**. Roberto Machado (Org.). Rio de Janeiro: Graal. 2002. p. 69-78.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987.

FRANCO, Túlio Baptista; MEHYR, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.

GARCIA, Regina Leite. A difícil arte/ciência de pesquisar com o cotidiano. In: _____. (Org.) **Método; métodos; contramétodo**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 193-208.

GUATARRI, Felix e ROLNIK, Suely. Capitalismo mundial integrado. In: _____. **Micropolítica** . Cartografia do Desejo. Petrópolis: Editora Vozes. 1981. p. 187-196.

GULJOR, Ana Paula et al. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Rio de Janeiro, p. 1-10, 2019. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf>. Acesso em 02 mar. 2019.

HAESBAERT, Rogério; BRUCE, Glauco. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. **Rev. GEOgraphia**, Niterói, v. 4, n. 7, p. 7-22, 2002. Disponível em: <http://www.geographia.uff.br/index.php/geographia/article/view/74>. Acesso em: 17 ago. 2017.

HOLANDA, Chico Buarque de. **Tempo e Artista.** Paratodos. Rio de Janeiro: Marola Edições Musiciais LTDA, 1993. Disponível em: <http://www.chicobuarque.com.br/letras/tempoear_93.htm>. Acesso em: 01 out. 2018.

INVISÍVEL, Comitê. *Merry crisis and happy new fear*. In: _____. **Aos nossos amigos** – Crise e insurreição. São Paulo: n-1 edições. 2016. p. 15-32.

JARDIM, Katita Figueiredo de Souza Barreto; DIMENSTEIN, Magda. Urgência Psiquiátrica: Loucura-Periculosidade fundamentando as práticas do SAMU. In. ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 14., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf>. Acesso em: 02 out. 2016.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 32-51.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-59.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

LANCETTI, Antonio. **Fissuras e contrafissuras**: a questão das drogas no Brasil. 2016. Mesa redonda. 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental: Juntos nas diferenças: sonhos, lutas e mobilização social pela reforma psiquiátrica. São Paulo, 28 maio 2016.

LANCETTI, Antonio. Loucura metódica. In: LANCETTI, Antonio (Dir.). **SaúdeLoucura 3**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC. 1990. p. 139-147.

LAPOUJADE, David. Como ver. In: _____. **As experiências mínimas**. Trad. Hortencia Santos Lencastre; Revisão técnica: Fernanda Mello. São Paulo: n-1 edições. 2017a. p. 43-78.

LAPOUJADE, David. Do campo transcendental ao nomadismo operário – William James. In: ALLOEZ, Éric (Org.). **Gilles Deleuze**: Uma vida filosófica. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 267-277.

LAPOUJADE, David. Plano e material: a experiência pura. In: _____. **William James**, a construção da experiência. São Paulo: n-1 edições, 2017b. p. 23-28.

LAPOUJADE, David. Uma mônada desmedida? In: _____. **As experiências mínimas**. Trad. Hortencia Santos Lencastre; Revisão técnica: Fernanda Mello. São Paulo: n-1 edições. 2017c. p. 9-25.

LAPOUJADE, David. Verdade e conhecimento. In: _____. **William James**, a construção da experiência. São Paulo: n-1 edições, 2017d. p. 51-81.

LOBOSQUE, Ana Maria. **Experiências da Loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOURAU, René. Pequeno Manual de Análise Institucional. In: ALTOÉ, Sonia. (org.). **René Lourau**. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004a. p. 122-127.

LOURAU, René. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, diário de etnógrafo (1914-1918). In: ALTOÉ, Sônia. (Org.). **René Lourau**. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004b. p. 259-283.

MACAMBIRA, Dalton. O golpe de 2016 e a democracia no Brasil. **Portal Vermelho**. 2018. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/noticia/311768-1>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). **Textura da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58.

MACHADO, Roberto. A geografia do pensamento. In: _____. **Deleuze, a Arte e a Filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. p. 11-37.

MELO NETO, João Cabral de. **Morte e vida Severina**. Unama: Núcleo de Educação à Distância. [19--]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/Joao%20Cabral%20de%20Melo%20Neto.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2018.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1999. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/.../FolhaRostomodelo99.doc>. Acesso em: 17 abr. 2015.

MOEBUS, Ricardo. CRISE – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Émerson Elias (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO** : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 43-54.

MONDONI, Daniel; ROSA, Abílio da Costa. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. **Psic.: Teor. e Pesq**., Brasília, v. 26, n. 1, p. 39-47, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

NAJMANOVICH, Denise. O feitiço do método. Trad. Maria Teresa Esteban. In: GARCIA, Regina Leite (Org.). **Método; Métodos; Contramétodo**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 25-62.

NEGRI, Antônio. **Declaração** – Isso não é um manifesto. Trad.: Carlos Szlak. São Paulo: n-1 edições, 2014.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042004000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 out. 2015.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. Os discursos de Zaratustra. In: _____. **Assim falava Zaratustra**. Tradução José Mendes de Souza. ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016. p. 32-84.

OLIVEIRA, Edinéia Figueira dos Anjos; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 50-58. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a06.pdf>. Acesso em: 14 maio 2019.

OLIVEIRA, Lucian Borges de; MOREIRA, Ana Paula Gomes; GUZZO, Raquel Souza Lobos. Ampliando o conceito de situação-limite de Martín-Baró: diálogos com o conceito de crise. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 96-105, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1479/1377>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ORIGEM DA PALAVRA. 2016. Disponível em: < http://origemdapalavra.com.br/site/>. Acesso em: 16 set. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 6ª reimp. da 1 ed.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

PASCAL, Blaise (1623-1662). [S.I.:s.n., 16--]. Disponível em: <http://www.pos.uea.edu.br/data/area/dissertacao/download/26-4.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. Clínica, política e as modulações do capitalismo. In: MOURÃO, Janne Calhau (Org.). **Clínica e política 2**: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaquar/ Grupo Tortura Nunca Mais, 2009. p. 157- 166.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). Apresentação. In:_____. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 7-16.

PELBART, Peter Pal. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio (Dir.). **SaúdeLoucura 3**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC. 1990. p. 131-138.

PESSOA, Fernando. **Ficções do interlúdio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

PESSOA, Fernando. **Livro do desassossego**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense. 1986.

QUINTAS, Renata Martins. Criação do CAPS de São Paulo. In: _____. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva.** 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. p. 52-54.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000400010&script=sci_abstract>. Acesso em: 02 out. 2016.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. "Sejamos realistas, tentemos o impossível!" Desencaminhando a psicologia através da análise institucional. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira (Orgs.). **História da Psicologia**: rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2007. p. 515-563.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006.

ROLNIK, Suely. O mal-estar na diferença. **Anuário brasileiro de Psicanálise**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 97-103. 1995. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, fev./set. 1993. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SAIDÓN, Osvaldo. Deleuze e a clínica. In: _____. **Devires da clínica**. Trad: Angela Maria Tijiwa. São Paulo: Arderaldo & Rothschild, 2008. p. 60-73.

SCIELO. Scientific Electronic Library Online (São Paulo). Projeto: FAPESP/BIREME/CNPq. Possibilita o acesso à pesquisa de produção científica em formato eletrônico por coleção de periódicos através de uma lista alfabética de

títulos, ou por meio de uma lista de assuntos, ou ainda através de um módulo de pesquisa de títulos dos periódicos, por assunto, pelos nomes das instituições publicadoras e pelo local de publicação. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2017.

SILVA, Manoel Messias Alves da. O conceito de crise e suas denominações: tipos e causas das variações na terminologia da crise econômica mundial. **Filol. Linguíst. Port**., São Paulo, v. 18, n. 1, p. 85-98, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-9419.v18i1p85-98>. Acesso em: 17 ago. 2017.

SPINK, Mary Jane; MATTA, Gustavo Corrêa. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. 1ª. reimpr. da 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 25-51.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. 3ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013. Disponível em: < http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1112>. Acesso em: 02 out. 2016.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:1 jun. 2019.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2015.

VENTURINI, Ernesto. **A Linha Curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Modelo de carta de solicitação para pesquisa na SEMUS**. Vitória, 2014. Disponível em:

<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140124_semus_modelopesquisa.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

MESTRADO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, estou sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada **"Acolhimento à crise nos Centros de Atenção Psicossocial de Vitória-ES"**, realizada pela pesquisadora Karla Maria Duarte Castro sob orientação da Prof.ª Dr.ª Ana Paula Figueiredo Louzada, que compõem o Mestrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional-PPGPSI da Universidade Federal do Espírito Santo.

JUSTIFICATIVA

A proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira traz vastos avanços nos cuidados/assistência/direitos às pessoas em sofrimento psíquico grave, mas ainda há considerado distanciamento do que efetivamente se produz enquanto cuidado no âmbito da saúde mental. A literatura acerca do acolhimento à crise nos CAPS é restrita e carece de mais atenção, mostram que ainda há a necessidade de se construir um campo de saber mais vasto e consolidado com relação à atenção à crise na saúde mental, incluindo no município de Vitória-ES. Sendo assim, considera-se necessário que mais pesquisas com este tema sejam realizadas para que seja possível o cuidado com pessoas em sofrimento psíquico nos modos da Reforma Psiquiátrica, em liberdade e fortalecendo os vínculos comunitários entre estas pessoas e o seu território de vida. Para tal, faz-se necessário o fortalecimento das políticas públicas locais e intersetoriais e de redes e serviços substitutivos e territoriais que visem à superação do modelo asilar e manicomiais.

OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar como os processos de institucionalização têm agenciado potencialidades no acolhimento à crise sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial, no município de Vitória-ES. Para tanto, pretendemos nos aproximar aos sentidos da crise no cotidiano dos CAPS; analisar quais estratégias coletivas/comunitárias são utilizadas no cotidiano dos serviços para o acolhimento à crise e depurar quais os desdobramentos destes processos nas intervenções institucionais.

PROCEDIMENTOS

Serão realizadas entrevistas e a observação participante, para composição de diário de campo e uma roda de conversa como restituição do processo de pesquisa com as(os) participantes envolvidas(os). As intervenções poderão ser gravadas pela responsável da pesquisa, em equipamento áudio digital, após a autorização de todos os participantes. Posteriormente à produção dos dados, serão realizadas análises de tais conteúdos, respeitando o sigilo da identificação dos participantes, inclusive nas demais etapas do processo de pesquisa.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas e a observação participante serão realizadas no campo de pesquisa, CAPS II e III que acolhem o transtorno mental de adultos no município de Vitória-ES, pelo período de Maio à Julho de 2018. As entrevistas terão dia e horários agendados previamente, a partir da disponibilidade das (os) participantes convidadas (os).

BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A pesquisa permitirá um exercício de pensamento que possa contribuir para construção de práticas de cuidado da saúde mental que dialoguem com os norteadores da Reforma Psiquiátrica brasileira e gerem intervenções profissionais que ampliem autonomia dos usuários dos CAPS, bem como agenciem a potencialização dos fazeres profissionais para que eles possam problematizar sobre a atenção à crise no âmbito da saúde mental, a partir de suas próprias experiências.

GARANTIA DE MANUTEÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Foi informado que a identidade e as informações a ela relacionadas serão resguardadas durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação da mesma.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Foi informado que a qualquer momento da pesquisa será fornecido esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados e formas de divulgação dos resultados, bem como a não obrigatoriedade em participar da pesquisa, podendo deixa-la a qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes desta recusa, bem como a garantia ao ressarcimento caso haja alguma despesa suportada pelas (os) participantes em detrimento de sua participação e que por ventura tenha desistido de sua contribuição nesta pesquisa.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA

Foi considerado que os possíveis riscos da pesquisa são o constrangimento em responder alguma questão proposta na entrevista, a fadiga pela sua duração, e o constrangimento por estar sendo gravada. Deste modo estas serão realizadas de forma a garantir o respeito pelas condições físicas e psicológicas das (os) participantes, bem como considerar a vontade ou não de serem realizados registros das entrevistas. Foi esclarecido que não há obrigatoriedade em responder qualquer questão, caso não me sinta à vontade para tanto. Sendo assim, será garantido às participantes o direito à indenização em caso de algum dano decorrente da presente pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou diante da necessidade de reportar qualquer dano relacionado com a pesquisa, eu devo contatar a pesquisadora Karla Maria Duarte Castro, pelo telefone (27) 98118-6809 e também no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, prédio Bárbara Weinberg – Sala 206, Av. Fernando Ferrari, 514 – Goiabeiras, Vitória – ES, CEP 29075-910.

Caso não consiga contatar a pesquisadora ou em caso de denúncia e/ou intercorrências na pesquisa, poderei acionar o Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus

Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória – ES, CEP 29.075-910.

Por me considerar devidamente informada (o) e esclarecida (o) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresso meu consentimento para inclusão como sujeito da presente pesquisa.

Declaro também que fui informada (o) sobre todas as condições desta pesquisa e que este presente termo de consentimento livre e esclarecido foi impresso em duas vias, das quais recebi uma das vias original assinada por mim e pela pesquisadora responsável.

Fico ciente que a pesquisadora se compromete em cumprir as exigências da Resolução CNS 466/12, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____

Assinatura do Participante/Voluntário

_____

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Local:_____, data: __/__/____

APÊNDICE B – A Crise Pode Ser Uma Crise

Naquela sexta-feira, por volta das sete horas da manhã, Elisa chegara ao equipamento para fazer uma conversa com o especialista do saber psiquiátrico na saúde mental, o médico psiquiatra. Na recepção, aguarda alguém aparecer. Vê o Doutor e rapidamente, sem muitos rodeios, apresenta-se e pergunta-lhes se ele se dispõe a fazer aquela conversa consigo.

Ele pedira para aguardar uns instantes para iniciar a conversa e algum tempo se passa até ele convidá-la para entrar em sua sala de atendimento.

> – Podemos falar um pouco na crise que se experimenta neste equipamento?
>
> – A crise pode ser uma crise estritamente psiquiátrica ou uma crise mais ampla. A primeira é uma crise que envolve o atendimento psiquiátrico. Na qual os sintomas são mais evidentes e são sintomas disruptivos. Existem os prontos socorros psiquiátricos, na qual a competência psiquiátrica é a que dá conta deste tipo de crise. As pessoas que vão para as urgências psiquiátricas são aquelas que estão atormentadas pelas alucinações, por delírios, por agitação e pela agressividade intensa e são atendidas para melhorar aqueles sintomas e poder voltar para o tratamento corrente. Mas quando a gente trabalha com a perspectiva da saúde mental, em um CAPS, por exemplo, deparamo-nos com outra dimensão. Não é uma crise estritamente psiquiátrica, ela é uma crise mais ampla. E sendo mais ampla nos deparamos com ela, também, em maior proporção. O sujeito pode ter uma crise porque tem um conflito, ter um mau encontro, uma questão familiar. Ter uma crise pode ganhar uma dimensão psiquiátrica e criar uma desestabilização, que precisa também de um atendimento psiquiátrico, mas quando a coisa é muito intensa constitui uma urgência psiquiátrica, urgência médica. Muitas vezes consegue-se manejar uma crise, mesmo que até tenha sintomas muito importantes, sem remeter a um atendimento exclusivamente psiquiátrico. Porque se tem uma equipe, se tem muitos olhares e a intervenção é na atenção diária.

Naquele momento a atenção da pesquisadora volta-se para o canto de passarinhos pousados em uma frondosa árvore frutífera que existe no pátio do caps. Árvore que faz sombra nos encontros da assembleia que ocorrem neste pátio.

> – A presença do sujeito na instituição [referindo-se ao estabelecimento de saúde e não às instituições que o compõem] se tem um alcance muito maior. Ele não precisa se dirigir a um lugar para ser atendido. Ali ele está sob o olhar de várias competências e se consegue ter outra dimensão da crise, ela se amplia e conceitua-se a crise como aquela que atinge inclusive àqueles que nela atuam, os profissionais que trabalham com ela, cria-se uma fraternidade na crise, porque ela atinge a todos. A gente também se angustia muito quando o sujeito precisa de abordagem, quando ele não está bem, está com um conflito em família, com um sintoma muito grave e está na nossa presença. Maneja-se aquilo, convivendo com essa pessoa num sistema aberto, sem estar mandando para o pronto socorro psiquiátrico. A

saúde mental amplia o conceito de crise muitíssimo. Convive-se com a crise o tempo inteiro. São pessoas que estão aqui precisando deste suporte permanente e continuado, para que se tenha certa estabilidade [na continuidade no cuidado à saúde mental]. A crise é uma companheira permanente, não é uma exceção. Ela só torna-se uma exceção quando é uma crise psiquiátrica grave, no sentido de que está com o risco e precisa de atendimento estrito médico psiquiátrico para protegê-lo, por exemplo, se ele está muito agressivo, se automutila, e ataca os outros. Então precisa recolhê-lo. Mas, numa crise que até no primeiro momento parecia ser uma crise que precisasse de um atendimento psiquiátrico, consegue-se contornar em uma atenção continuada de inserção diária. Outro ponto importante é a relação que se tem com o paciente. Consegue-se dissolver uma situação muito conflitiva, muito disruptiva, uma manifestação muito grave que interfere no laço social da pessoa com o vínculo. É a potência do vínculo com um ou outro especificamente, ou com vários, na equipe, consegue-se atender a pessoa hoje e pede para voltar no outro dia, mesmo o atendimento sendo em público também, na convivência como nas oficinas, ou em um atendimento específico como o psicológico, terapêutico ou psiquiátrico, tem-se uma capacidade maior de gerir essa crise sem fazer uma exclusão. O pronto socorro psiquiátrico é adjacente ao hospital psiquiátrico [a particularidade do Espírito Santo], isso faz emergir uma confusão muito grande no sujeito. Ele fala que esteve internado no 'Adauto Botelho', contudo era no pronto socorro. Tenta-se explicar que o pronto socorro é um serviço emergencial de curta duração, mas que não se trata de uma internação nos modos da internação psiquiátrica asilar/manicomial. Ele se dirige ao hospital psiquiátrico com toda sua carga semântica, de sentido, do peso que tem isso. Do modo institucionalizado de internação prolongada, dos estigmas que traz o hospital. O ganho que se tem na saúde mental é poder ampliar o conceito de crise, tira a crise do âmbito estritamente técnico-médico-psiquiátrico. A partir disso deparamo-nos com ela no dia-a-dia, o tempo inteiro, sempre há alguém em crise, sempre precisa de uma escuta, alguém precisa de uma intervenção, de reunir família para conversar porque está em conflito com ela. Estar presente no dia-a-dia, o CAPS é isso, quando se faz uma opção de não colocar o sujeito entre muros, fora de uma instituição total que dá conta de tudo e não dá conta de nada, porque o sujeito desaparece, se mortifica, e tudo aquilo que a reforma psiquiátrica fez repensar. Traz o sujeito a céu aberto, para tratar na sociedade sem excluir. E isso é um desafio, porque a história de encarcerar não foi à toa. Foi uma maneira que se criou historicamente para lidar com isto, mas que se mostrou absolutamente desumana, equivocada. Então, abriu-se isto para poder se deparar e colocar o sujeito frente a nós, no convívio na sociedade, na cultura, num regime mais aberto possível para lidar com isso. E lidar com isto no cotidiano, com esse sujeito, traz consigo dúvidas, impasses, questionamentos. E se precisa de um internamento neste momento, ou de pode esperar mais um pouco, planejar um pouco mais. Saber se há algum recurso que pode ser utilizado neste cuidado, ou corre-se o risco do sujeito se acidentar, sofrer um agravo, uma situação mais séria. E o profissional, em sua intervenção, ser implicado por tal agravamento, por não ter encaminhado o sujeito para o internamento, mais fechado. Mas isto força ao profissional a tomar o indivíduo como sujeito, o convoca a falar mais, dá espaço para essa fala, empresta-se mais contratualidade para ele e isso dá mais potência, maior autonomia. O sujeito se sente mais valorizado com isto, mais 'falicizado' tomando uma linguagem mais psicanalítica, aí se recolhe mais os efeitos do sujeito e não o mortifica tanto. É isso que se quer. Que o indivíduo seja um sujeito. Mas isto traz junto toda a dificuldade de se trabalhar com a psicose em céu aberto. O corpo do psicótico é diferente, a fala é diferente a estruturação é diferente, lida-se com a alteridade. Há um aprendizado em lidar com esse humano, há um ganho e há dificuldade de levar a termo esse modo de cuidar da reforma psiquiátrica. Que é extremamente ambiciosa, e que tem que ser, porque

provoca mudança e traz o sujeito à cena, pois se insere o sujeito psicótico no laço social e como se faz isso, porque ele é sujeito que se desconecta do laço social, estruturalmente, e como se faz isso com todos os déficits e todas as dificuldades. Procura-se tirar do sujeito o que ele pode dar, o que ele alcança, porque se tem muita ambição com a noção de 'cura' e de 'progresso', porque tem que se ficar 'igual' ao outro e ficar sem sintoma. Ficar assintomático tem que ascender a um trabalho, tem que ficar numa família mais ou menos 'equilibrada' e nem sempre se consegue isso. E o que se consegue é o que o sujeito alcança fazer na vida dele. Trouxe a crise para perto e com isso ela não se torna tão excepcional. O sujeito maluco, que está quebrando tudo e que precisa ser amarrado, confinado... Pode-se criar uma visão disto e não precisa ser surpreendido com as crises mais graves, como a tentativa de suicídio, as automutilações, os ataques a outros. Se começa a escutar o sujeito, o profissional começa a ver os indicativos de como pequenos conflitos pode evoluir. Ter certa leitura pode-se antecipar certas coisas, até com pacientes psicóticos graves. Com uma atenção maior, até um olhar, uma postura, num psicótico, pode indicar uma postura mais paranoica, mais persecutória e que pode crescer muito se não percebe, e não maneja. Então se pode trabalhar uma atenção à crise. A crise sempre muda sempre para não se ter muito prejuízo na crise, evita-se chegar numa crise maior, procura-se sempre resgatar o sujeito num momento de crise, porque ele se desarruma muito, tem uma certa trajetória e põe em questão certas coisas e se desestrutura muito. É muito importante também, em se passando por uma crise, seja ela uma crise que chega e alcance a dimensão psiquiátrica, que precise de um hospital, ou seja, outra crise de menor proporção e se consiga manejar para voltar a um curso razoável e se consiga extrair algo disto, as consequências que se teve. O que se pode pensar a partir desta crise e quais efeitos que se produziram da crise. O que deve ser trabalhado e o que não pode cair no esquecimento. Não se pode analisar uma crise a partir de sua passagem e de sua superação, como uma situação que foi vencida pelo sujeito e que ele deve seguir em frente. E o trabalho do CAPS é convocar o sujeito a responsabilizar-se em alguma dimensão pela sua vida, mesmo aqueles que tenham mais dificuldades, ele pode em alguma medida, se responsabilizar pelo o que dele foi isso que produziu uma crise. Para não ser tutelado completamente, porque o sujeito é sintomático, ou tem deficiência ou tem retardo, ou algo mais grave, mas pode falar de si. O que o sujeito conhece de sua história que indica e que fez a crise. A crise leva também a uma possibilidade de responsabilização do sujeito, porque a responsabilização é o indicativo de sujeito, pois quando se responsabiliza a pessoa pela sua crise, recolhem-se aí também os efeitos do sujeito, subjetiva-se e traz o sujeito à cena. O sujeito tem direito a sua fala, sua voz, não só o sujeito da cidade, como cidadão, mas o sujeito portador de sua fala, que está implicado naquilo que ele mesmo produz, por mais esquisito que ele possa ser que ele não consiga dar conta, mas em alguma dimensão isto acontece com ele. A entrada na crise, primeiramente na crise psiquiátrica, que está incluída como ferramenta, como um rol de possibilidade de cuidado, o saber ler da experiência, saber ler os indicativos da crise enquanto experiência, dentro do CAPS, e a amplitude que essa crise ganha tem possibilidade de intervenção e possibilidade de leitura também. O projeto de saúde mental é isso. Uma insônia, um conflito, um pensamento imposta, quem não tem e pode estar numa crise? Um desacerto com um colega, uma conta para pagar. O medicamento entra, no contexto do CAPS, como um modo de cuidado, que considera o sujeito e não o silencia? Porque sabemos os efeitos, inclusive orgânicos/biológicos deles no corpo. Há um tempo, no ambiente de hospital, um sujeito fez uma fala dizendo: "olha vocês medicam uma pessoa para se calar ou para falar?" Essa fala parece uma banalidade, mas é muito importante, porque a prática de como se medica fala a favor do sujeito, fazê-lo falar melhor, pode se apresentar. Mas também pode fazer o sujeito que se calar, conforme as instituições, conforme as práticas. Isso faz

toda a diferença. O medicamento é um instrumento, uma ferramenta muito importante, não se pode ser reducionista e desconsiderar o avanço da ciência e suas contribuições no cuidado da saúde mental. Mas cada vez tem mais medicamentos, mais possibilidades de usá-los, porém isso por si só não basta. Seda faz ficar sem sintomas, faz incomodar menos, melhora a agressividade, mas o próprio medicamento tem seus efeitos adversos também. Mas em fazendo o medicamento, tem-se que escutar o sujeito. O próprio profissional tem que se questionar se ele medica para falar ou para calar, conformar, fazer uma adaptação social, para que seja conveniente para todo mundo ou se ele considera o sujeito. Pode-se escutar o sujeito na sua própria experiência dos usos de medicação. Tem no CAPS hoje, um grupo chamado GAM (Gestão Autônoma da Medicação), gestão autônoma da medicação, no qual o sujeito pode falar de suas práticas. Parece uma prática esotérica, apenas do saber psiquiátrico que conhece as medicações, portanto tem domínio estrito sobre elas. É ele quem sabe, quem sabe medicar, mas escutar o paciente, como ele toma a medicação, como ele sente essa experiência da medicação, como ele organiza durante o dia, como ele lida com os efeitos colaterais da medicação, quais as expectativas dele com a medicação, se funciona se não funciona... o quanto ele pode falar sobre isso no seu tratamento, se ele se beneficiou do tratamento. O tratamento pode ser exclusivo com o medicamento ou pode ter outras intervenções. Se ele precisa de um lugar para falar um pouco mais. Porque se o tratamento for muito restrito ao especialista, ele deixa de escutar a experiência do lado do outro que está se servindo da medicação. É muito interessante, aparece de tudo, coisas que eram banalizadas, que parece com uma impertinência do sujeito são coisas muito importantes. Porque um sujeito que toma um remédio há trinta anos, como é que ele se organiza para tomá-lo de manhã, à tarde e à noite? Quando quer ir a uma festa como é que faz? Quando vai fazer exames, como é que faz? Toma ou não toma a medicação? Quando tem um sintoma maior, precisa aumentar a dose? Ou pode usar outros recursos? Aumentar seu atendimento com o psicólogo? Para conversar sobre isso, sem ficar mapeando sintomas exclusivamente pela medicação. Então se tem um sintoma aumenta aqui, quando tem outro sintoma aumento lá. Hoje a psiquiatria tem uma extensão muito grande, tem muita medicação, tem muito diagnóstico. É uma prática que cresce cada vez mais, mas acho que é uma ferramenta dentre outras que são muito importantes, como o convívio de um doente com outros doentes, o convívio com a equipe, as oficinas, a pessoa se expressar artisticamente, fazer um produto seu e o quanto aquilo é, para psicose, é importante pintar um quadro, não exclusivamente por uma questão ocupacional, mas porque trazer aquilo a público produz-se um ganho com isso, dele próprio [o usuário] de aparecer como sujeito. É muito bom. Uma usuária, quando ela produzia suas esculturas e a prefeitura interferia no contrato das exposições, ela entrava em crises sérias. Quando tinha uma produção que ela aparecia como artista no cenário da cidade, isto tinha um efeito de estruturação muito importante. Quando ela não podia levar aquilo que ela produziu a público, tinha uma consequência muito desastrosa na sua vida. Então são coisas que a gente vai à saúde mental descobrindo e fomentando e criando, acreditando. Porque, por outro lado, tem pesquisas científicas, pois não podemos ser obscurantistas para negar a ciência, que carrega muito a causalidade dos problemas, dos transtornos para uma vertente muito biológica, muito orgânica. A história da psiquiatria sempre se balizou muito assim: um grupo que tinha certa expectativa com relação a causalidade orgânica “um momento nos vamos achar uma lesão que explique isto”. A medicina se funda toda na presença dessa lesão, desde Bichart e outros autores, tem-se uma lesão que é patológica, isso explica a etiologia da doença e então você a trata, este é o modelo, o pilar que sustenta toda a racionalidade médica. Começa a surgir à psiquiatria, com o sujeito com muita incapacidade, muito afetado e cadê a lesão? No início se acreditou, quando a sífilis era epidêmica, naquela época a lepra foi, e

depois a sífilis, ela evoluía para um quadro terciário ou quaternário que tinham efeitos mentais muito evidentes. As pessoas falavam que tinha alguma coisa nela que causava o transtorno. A sífilis tem uma etiologia, um microrganismo bem detectado, então a doença mental também é isso. Tem alguma coisa lá que se tem que descobrir a etiologia. Um sonho sempre acalentado pelos organicistas do substrato biológico, que explicasse isso. Por outro lado, tinham os psicodinâmicos. E sempre caminharam juntos, chegando até hoje. Às vezes eles pedem um pouco para um lado, às vezes para o outro. Mas quando a gente trabalha na saúde mental, tem o indicativo do sujeito. A psicanálise ajudou trazer um pouco isso, descobriu a importância do sujeito, alguma coisa que surpreende ele próprio, uma saber que se articula nele, mas sem que ele tenha acesso a este saber, um acesso consciente, imediato. Ele sofre os efeitos disso. A saúde mental traz para pensar o sujeito que é o sujeito da linguagem e a gente tem que estudar esse sujeito. O que ele está falando? Como ele pode falar? Os significantes que ele traz? Não o desqualificar de maneira nenhuma. Trazer à presença, trazer o sujeito à cena. Isto requer um grande esforço, tem toda uma dificuldade de se trazer o sujeito à cena, por várias práticas, vários entendimentos.

– O sr. Conhece uma experiência de cuidado nos CAPS sem o uso de medicamento? Ou teve alguma experiência, do sujeito que vem aos CAPS, com essa demanda de cuidado psiquiátrico sem o uso da medicação?

– Não entendi a pergunta.

– O sr. Conhece alguém que é cuidado neste equipamento e não usa medicamento, de jeito algum? Apenas a vinda ao CAPS já é terapêutica, usando outras práticas que não a medicamentalização?

– Sua pergunta é: “será que tem que usar, necessariamente, o medicamento?”

– Sim.

– Eu já tive uma experiência pontual sem medicamento, em algum momento. Mas o CAPS transtorno é para tratar os transtornos mentais graves, e sendo assim a gente tem que lançar mão deste recurso.

Necessariamente?

Da medicação, não necessariamente. A gente tem essa exceção, é uma exceção porque a maioria dos usuários usa medicação, mas de vez em quando a gente pode acompanhar alguns que estão sem medicação, ou porque interrompeu o uso da medicação, a gente acompanha um pouco mais para identificar isso, se precisa necessariamente de medicação ou não, ou outros que a gente avalia que não, que não precisam que não tem necessidade de medicamento. Avalia-se se tem outros recursos para trabalhar mais as dificuldades e os conflitos, mas a maioria é medicada.

– Então qual é a função do psiquiatra nos CAPS, cujo cuidado primordial tem sua sustentação no modo psicossocial?

– Na saúde mental tem autores que trabalham com os conceitos de núcleos e campos de saberes. O primeiro é o saber específico de cada um. A vocação de cada núcleo profissional, o que cada um traz de sua formação, um saber específico, ele pode operar especificamente naquilo. A enfermagem tem um saber específico e opera especificamente com aquilo. O psicólogo tem um saber específico e seu núcleo de saber é entender quais são os conflitos. O psiquiatra é a mesma coisa, tem o núcleo de saber que é uma questão do diagnóstico, da clínica psiquiátrica, da medicação, isso dentro de uma vertente médica, porque a psiquiatria está dentro da sociedade médica, então traz uma questão médica, mas no núcleo de saber. Enquanto campo de saber, acho que aí implica a questão de trabalho no CAPS e se tem a postura de não atuar exclusivamente com o seu núcleo

> de saber, mas poder compartilhar as experiências, saber olhar e ter vários olhares integrados nas várias práticas para poder atender o doente com essa multiplicidade de olhares, trazer isto para o tratamento que é muito importante a 'clínica entre vários', que é como a gente chama. A clínica que é costurada pelo campo de saber que inclui a todos, não sem as especialidades de cada um, sem a competência de cada um, que tem seu núcleo de saber. E dividir, também, coisas de cada núcleo de saber. Saber como acontece o trabalho do terapeuta, como é que é? Discutir com os psicólogos como é que é atender, como está a medicação daquele sujeito, como está sua escuta. É uma interação muito interessante, muito rica.

Elisa se questionara como um médico psiquiatra chega ao campo da saúde coletiva e não envereda pela saúde privada, tendo em vista que esta é uma área na qual os recursos e as condições de trabalho são mais atrativos que a área da saúde financiada pelo Estado? [67]

> – E como foi a sua chegada até a saúde mental?
>
> – Pela medicina social. Minha chegada neste campo foi desde a leitura de Freud porque nessa época quando eu me formei pela UFES, que foi em 1981, já tem bastante tempo, a psiquiatria era muito próxima da psicanálise. Os psiquiatras eram quase todos psicanalistas, as práticas eram muito próximas, mas hoje se distanciam um pouco em função do trabalho da neurociência, a psiquiatria acabou se ligando a outras abordagens como a terapia cognitiva comportamental, hoje uma parte dos psiquiatras indicam isso, tem certa antinomia com a teoria psicanalítica, mas é uma realidade hoje. Antes não. Inclusive na ordenação das intervenções psiquiátricas existia a presença da psicanálise muito grande, a gente estudava sobre melancolia e a gente vê que tinha até no sistema de classificação da psiquiatria americana, chamada DSM, que hoje está na sexta edição, mas na primeira e no DSM II existia uma coisa chamada neurose depressiva, tentando entender como é a depressão, que hoje é quase epidêmica e tem uma expressão muito grande dentro da saúde pública, mas que se incluía o conceito de neurose que era muito ligado à Psicanálise, conceito de inconsciente, de conflito. A partir do DSM III, esse conceito de neurose depressiva desaparece, então passou a se diagnosticar a depressão pelo recolhimento de certo números de sintomas, se alguém tivesse tais coisas então vai ter um diagnóstico. Quando começa a aparecer isto a Psicanálise se afasta neste sentido, deixa de influenciar a própria classificação de doenças que hoje está em vigor.
>
> – E aí a escuta do sujeito também sai da psiquiatria?
>
> – Têm psiquiatras que fazem ainda uma prática psicanalítica muito interessante, isso é de psiquiatra para psiquiatra, mas que tem uma presença forte da explicação neuroquímica cada vez mais predominante para explicar a esquizofrenia, o transtorno bipolar, isso tem, cada vez mais. Uma terapia cognitiva comportamental, que se nomeia como terapia e tem um propósito. Ela promete um efeito terapêutico, o que não é o caso da Psicanálise, ela não é uma terapêutica, o que vem de terapêutico num sentido de uma melhora, isso é secundário. A Psicanálise tenta buscar a presença do sujeito, trazê-lo à cena, então são coisas distintas, mas são todos estes cenários que temos por aí.

[67] Ver página 145 no item "Cada crise é diferente", o trecho no qual a equipe fala da escassez do médico nos serviços de saúde mental.

***

– Muito obrigada Doutor, pela sua disponibilidade em participar da pesquisa.

– Boa escrita.

– Obrigada, acho que a escrita é o maior trabalho.

ANEXO A – Modelo de Carta de Solicitação para Pesquisa na SEMUS

Exma. Srª. Secretária Municipal de Saúde

Cátia Cristina Vieira Lisboa

Vimos mui respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria a apreciação do nosso projeto de pesquisa para aprovação por esta Secretaria.

Instituição de Ensino:_____

Orientador(a): _____

Pesquisadores(as): _____

Título da pesquisa: _____

Especificação da pesquisa: ( ) Graduação /TCC ( ) Graduação/ Iniciação Científica ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Nº Linha de Ação: _____ Nº Linha de Pesquisa:_____

Telefones para contato:_____

e-mail: _____

Assinatura dos pesquisadores (as): _____

Assinatura do orientador (a): _____

Vitória/ES, _____ de _____ de _____.

* Papel timbrado da instituição solicitante

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Modelo de carta de solicitação para pesquisa na SEMUS**. Vitória, 2014.

Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140124_semus_modelopesquisa.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

ANEXO B – Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa:				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)		**3.** Código:	**4.** Nível: (Só áreas do conhecimento 4)	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		**6.** Código(s):	**7.** Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )	
8. Unitermos: (3 opções)				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total:	**10.** Grupos Especiais : <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) ( ) Outros ( ) Não se aplica ( )			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome:				
12. Identidade:	**13.** CPF.:	**19.**Endereço (Rua, n.º):		
14. Nacionalidade:	**15.** Profissão:	**20.** CEP:	**21.** Cidade:	**22.** U.F.
16. Maior Titulação:	**17.** Cargo	**23.** Fone:	**24.** Fax	
18. Instituição a que pertence:			**25.** Email:	

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: _____/_____/_____ _____
Assinatura

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome:	**29.** Endereço (Rua, nº):		
27. Unidade/Órgão:	**30.** CEP:	**31.** Cidade:	**32.** U.F.
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não ( )	**33.** Fone:	**34.** Fax.:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não ( ) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução

Nome:_____ Cargo_____

Data: _____/_____/_____ _____
Assinatura

PATROCINADOR **Não se aplica ( )**			
36. Nome:	**39.** Endereço		
37. Responsável:	**40.** CEP:	**41.** Cidade:	**42.** UF
38. Cargo/Função:	**43.** Fone:	**44.** Fax:	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: ____/_____/_____	**46.** Registro no CEP:	**47.** Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/_____/_____	**48.** Não Aprovado ( ) Data: ____/_____/_____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: _____/_____/____ Data: _____/_____/_____			
Encaminho a CONEP: **50.** Os dados acima para registro ( ) **51.** O projeto para apreciação ( ) **52.** Data: ____/_____/_____	**53.** Coordenador/Nome _____ Assinatura		**Anexar o parecer consubstanciado**
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente : **56.**Data Recebimento :	**57.** Registro na CONEP:		

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1999. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/.../FolhaRostomodelo99.doc>. Acesso em: 17 abr. 2015.