

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

CLARISSA JUNQUEIRA LOPES

**ENTRE ADERIR E RESISTIR:
PERCURSOS DE PRODUÇÃO DE VIDA E CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL**

**PORTO ALEGRE
JUNHO DE 2020**

CLARISSA JUNQUEIRA LOPES

ENTRE ADERIR E RESISTIR:
PERCURSOS DE PRODUÇÃO DE VIDA E CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Mainieri Paulon
Coorientador: Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

PORTO ALEGRE
JUNHO DE 2020

Clarissa Junqueira Lopes

ENTRE ADERIR E RESISTIR:
PERCURSOS DE PRODUÇÃO DE VIDA E CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL

Orientadora

Prof. Dr.^a Simone Mainieri Paulon - UFRGS

Coorientador

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche - UFRGS

Banca examinadora

Prof. Dr.^a Rosane Neves – UFRGS

Prof. Dr. Sílvio Yasui – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Prof. Dr. Roberto H Amorim de Medeiros – UFRGS

RESUMO

Esse estudo integra a pesquisa “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras”, que buscou analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada. Os levantamentos realizados na Pesquisa Inquérito identificaram um grande número de usuários que são encaminhados para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial, porém não se vinculam ao serviço. As equipes costumam usar o termo “não adesão” para se referir a essa ausência ou vinculação precária ao serviço. Como desdobramento do estudo maior realizado em 4 regiões metropolitanas brasileiras, essa pesquisa de mestrado tomou como foco os processos de adesão e não adesão a um Centro de Atenção Psicossocial, propondo um recorte nos dados da Pesquisa Inquérito relacionados, especificamente, à Saúde Mental, a fim de ampliar a compreensão sobre os aspectos que se articulam à Rede de Atenção Psicossocial. Para esse estudo específico, utilizou-se a metodologia cartográfica que foi se delineando em dois momentos: primeiramente, foi realizada uma análise documental do fluxo de acesso a um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Porto Alegre, referente ao período de 2015 a 2017. Num segundo momento, realizou-se uma busca ativa de alguns usuários que faltaram aos acolhimentos agendados, sendo realizadas 6 entrevistas semiestruturadas. As entrevistas possibilitaram acompanhar os percursos que cada usuário constrói em seu itinerário terapêutico, por vezes, utilizando os serviços da rede “formal” e, noutras, apesar deles. Resistir pareceu ser o verbo principal neste trabalho, pois inventar seus itinerários terapêuticos, mais do que se afastar do cuidado prescrito, foi-se desenhando como um aproximar-se de si mesmo. Para cada usuário, para cada momento do processo de cuidado de si, construir itinerários mais afeitos às suas vidas se apresentou como um exercício possível de autonomia. O levantamento dos acolhimentos agendados no Centro de Atenção Psicossocial demonstrou que os serviços que encaminharam os usuários são quase exclusivamente da área da saúde ou de moradia, o que sugere dificuldade de colocar a intersectorialidade em prática. Refletir acerca da coprodução das redes de saúde pode ajudar no reposicionamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial como espaços de criação de bons encontros, em consonância com a busca de aumento de potência de vida e de saúde de seus usuários.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico, Adesão, Saúde mental, Redes, Autonomia, Resistência.

ABSTRACT

This study integrates the research "Inquiry on the functioning of basic health care and access to specialized care in Brazilian metropolitan regions", which sought to analyze the functioning, use and quality of Basic Health Care, also as the access to Specialized Care. The data obtained in the Inquiry study indicates a large number of users who are referred by the Psychosocial Care Center, like "not linked" to the service. The teams usually use the term "non-adherence" to refer to this absence or precarious attachment to the service. As a result of the larger study carried out in 4 Brazilian metropolitan regions, this master's research focused on the adherence and non-adherence processes, proposing a cut in the Inquiry study data specifically related to Mental Health, in order to expand the understanding of the aspects articulated with the Psychological Attention Network. For this specific study, we used the cartographic methodology that was outlined in 2 moments: first, a documentary analysis of the access flow to a Psychosocial Care Center in the city of Porto Alegre was carried out, referring to the period from 2015 to 2017. Second, some users who missed scheduled appointments have been searched, and, with them, 6 semi-structured interviews were made. The interviews made it possible to follow the paths that each user builds in their therapeutic itinerary, sometimes using the services of the "formal" network and, at other times, despite them. Resisting seemed to be the main verb in this work, because inventing their therapeutic itineraries, rather than moving away from the prescribed care, was understood as a movement to get closer to themselves. For each user, for each moment of the self-care process, building itineraries more related to their lives was presented as a possible exercise of autonomy. The survey of the appointments scheduled at the Psychosocial Care Center showed the services that referred users are almost exclusively in the area of health or housing, which suggests difficulty in putting intersectorality into practice. Reflecting on the co-production of health networks can help repositioning the services of the Psychosocial Care Network as spaces for creating good meetings, in line with the search for increasing the power of life and health of its users.

Key-words: Therapeutic itinerary, Adherence, Mental health, Networks, Autonomy, Resistance.

Ao meu “paizinho”, que na breve passagem por esse mundo, deixou saudades.

Às mulheres da minha vida, Marta e Carolina, mãe e irmã respectivamente, que estiveram sempre ao meu lado de alguma forma, longe ou perto.

Aos bons encontros que impulsionam o caminhar na vida.

Sumário

Introdução.....	6
2. O cuidado psicossocial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	13
3. As redes de trabalho em saúde.....	24
4. Problematizando a “não adesão” aos serviços de saúde mental.....	37
4.1 “Mas ele(a) não adere!”, “é resistente!”.....	47
5. As ferramentas de navegação.....	49
5.1 Por onde começamos.....	52
5.2 Caminhando e adentrando bifurcações.....	57
6. Os percursos: o que se produz nas redes de conversação.....	66
6.1 Encontro usuário-serviço.....	68
6.2 Fluxos de rede.....	74
6.3 Rede de saúde leiga.....	79
7. Considerações finais.....	86
Referências bibliográficas.....	91
Anexo 1 – Perguntas da entrevista semiestruturada.....	104
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105

Introdução

Após participar de um concurso que oferecia vários cargos na área da saúde, entrei no ônibus com pessoas que haviam feito a mesma prova. Como se pode esperar, questões iam sendo discutidas, se tinha sido difícil ou não... Entre os burburinhos de conversas paralelas, um comentário sobressai aos meus ouvidos: "Bons tempos em que nos concursos pra psicologia caía psicologia, só caiu política!"¹

Decidi ser psicóloga por gostar de gente, impulsionada por uma curiosidade de olhar os sentidos e a complexidade que se anuncia nos vários mundos possíveis de cada pessoa que encontramos pelo caminho. Nesse sentido, posso dizer que esse trabalho de mestrado resulta de encontros. Encontros estes que foram possibilitados nos interstícios dos campos de estágio durante a graduação em Psicologia, e depois durante a Residência Integrada em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental Coletiva.

É comum que o estudante de psicologia comece a graduação com interesse pela clínica feita no *setting* do consultório particular. Muitas vezes, ainda é isso que se espera ser o fazer do psicólogo. Para mim, importava sim ter um embasamento teórico que garantisse a qualidade do trabalho, por isso a escolha de realizar o primeiro estágio na clínica-escola da universidade. Mas para além disso, meus interesses foram extrapolando as paredes do consultório e o que pode a clínica individual nesse espaço. A ampliação desses interesses foi o que me levou a escolher o local de estágio seguinte, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) da cidade: oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e em grupo, reuniões de equipe, supervisões clínico-institucionais junto a essa equipe, visitas domiciliares, matriciamento com uma unidade de atenção básica... atividades e espaços muito além do setting tradicional que eu estudara.

Neste caminho, desconstruções e reconstruções vão se mostrando necessárias, minhas ferramentas de navegação emprestadas de teóricos do campo psi pareciam insuficientes nesta travessia em território tão múltiplo como a saúde mental coletiva. Em meio ao campo de forças desse território, foi-se compondo um

¹ As cenas narradas no decorrer deste trabalho, registros do diário de campo, estarão em recuo de 4 cm, mesmo tamanho de fonte e em itálico para diferenciá-las de citação bibliográfica.

“ser psicóloga”, usando ferramentas advindas de diversos saberes, entre os quais psicanalíticos, esquizoanalíticos, da análise institucional e da saúde coletiva, pois a vida é híbrida. Iniciar a Residência na cidade de Porto Alegre (tanto no sentido do morar nessa nova cidade, quanto da Residência como um dispositivo² de educação em saúde) surgiu como mais um porto a ser descoberto.

Durante a Residência pude me experimentar em devir trabalhadora de saúde mental em vários serviços do Sistema Único de Saúde (SUS): no primeiro ano, fui acompanhante terapêutica em dois serviços, no projeto Desinstitucionalização, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, e no Serviço Residencial Terapêutico Morada Viamão. Nestes lugares, utilizamos a clínica do acompanhamento terapêutico³ como ferramenta no processo de desinstitucionalização desses usuários, aprendendo que, além dos espaços dos serviços, o lugar da clínica também é na rua, no convívio que a cidade potencializa.

Apenas a instituição do cuidado em liberdade não garante que esses serviços substitutivos não funcionem como espaço de segregação, pelo encarceramento que nos acompanha para além dos muros do hospital psiquiátrico, numa espécie de manicômio mental, como referido por Pelbart (2000).

No segundo ano na Residência, participei da equipe do CAPSi Casa Harmonia, serviço de atenção psicossocial que atende crianças e adolescentes, articulando ações que propõem um cuidado compartilhado com outros setores tão presentes na vida dessas crianças, como a assistência social, a escola, o judiciário. Também pude compor a equipe de saúde mental da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, serviço que lida com as questões técnico-administrativas do trabalho em saúde, e tem função estratégica na organização e gestão da rede regional de saúde. Realizamos vistorias em alguns CAPS e serviços residenciais terapêuticos, apoio para habilitação de serviços do SUS nos municípios, reuniões de pactuações e oficinas da Rede de Atenção Psicossocial. Estes momentos coletivos de problematização/gestão dos modos como inventamos as ações de apoio às políticas

² Dispositivo tomado aqui na concepção de Foucault, ou seja, refere-se a “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas (...) o dito e o não dito são os elementos do dispositivo” (1979, p. 244).

³ Acompanhamento terapêutico é tido como importante dispositivo clínico e político para a Reforma Psiquiátrica, pois o profissional acompanhante transita entre os espaços de tratamento e os espaços sociais, com o objetivo de auxiliar os sujeitos na ressignificação de seu lugar social (CABRAL, 2005).

de saúde mental no território foram espaços importantes para discussão e reconhecimento das próprias regiões de saúde e suas peculiaridades.

Retomando a provocação colocada no início desta introdução, as práticas psicológicas não podem apenas ocupar-se de sujeitos descolados de seus contextos sociais, promovendo um distanciamento da possibilidade de compreensão do homem enquanto ser social. Nesse sentido, a obra foucaultiana nos dá as coordenadas de que as ações do profissional de psicologia não são neutras ou apolíticas, pois “os saberes, compreendidos como materialidade, práticas e acontecimentos, são dispositivos políticos articulados com as diferentes formações sociais, inscrevendo-se, portanto, em suas condições políticas. Daí afirmar que não há saber neutro: todo saber é político” (FOUCAULT, 1979, p. 246).

Trabalhamos com sujeitos de um determinado momento histórico de uma dada sociedade, sendo necessária a incorporação de fatores de ordem social, política e psicológica para compreender a realidade em toda sua complexidade. Diante do exposto, podemos pensar que “qualquer intervenção realizada com os sujeitos produz efeitos no coletivo, sempre havendo uma implicação política, pois essa prática é sempre uma ação sobre a vida desses sujeitos” (REIS; GUARESCHI, 2010, p. 857). Como, então, colocar em ação uma clínica que leve em conta essa postura ético-política comprometida com a produção de vida dos sujeitos?

O debate promovido no âmbito do SUS, a partir de 2003, com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – PNH - (BRASIL, 2009) dá algumas pistas nesse sentido. Em sua formulação que “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (idem, p. 5), encontramos muitos subsídios aos questionamentos que embasam a presente pesquisa. Entre eles, assume especial relevância a diretriz da Clínica Ampliada que visa “possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional”. Trata-se, portanto, de colocar em discussão o próprio processo de trabalho em saúde, afinal, como lidar com estas (di)visões? Como construir um espaço ou porto do “entre” dessas relações do trabalho em saúde, em que os temas não se restrinjam à doença ou ao núcleo profissional?

É a partir destas vivências que produzo afecções e que me enlaço ao campo da Saúde Mental. Realizar uma pesquisa de mestrado é (deixar) falar os encontros

que foram acontecendo nessa travessia. Falo, portanto, de encontros como o que se deu com Maria, moradora de um serviço residencial terapêutico, que tem o destino de seu dinheiro decidido, na maior parte das vezes, por sua cuidadora. Encontros proporcionados pelo acompanhamento de João, aquele homem que é acolhido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência para sua região, onde tem um Plano Terapêutico Singular (PTS), conceito que falaremos mais adiante, mas só comparece ao serviço para as consultas de renovação de receita de medicamentos. Por que será? Estariam, Maria e João, desinvestidos de seus tratamentos? Estariam resistindo aos tratamentos, ou exercitando seus inalienáveis direitos de escolher como querem se relacionar com o serviço e seus cuidadores? De que forma cuidam de si?

Outro dos encontros que compõem esta dissertação se deu com o Elias, que não quer ir aos atendimentos no CAPS, e a equipe do serviço acaba por resolver que ele não é mais de sua responsabilidade. E ainda, o encontro com o Luan, que inicia seu tratamento no CAPS e envolve a todos com seu interesse pela música e sua destreza ao violão. Aos poucos, vai ampliando seus horizontes e participando de cursos e oficinas de música que são oferecidos em outros locais da cidade.

Percebemos modos de transitar pela rede de saúde mental que, em sua maior parte, diferem da lógica de regulação do acesso e consumo dos serviços, por vezes, pré-estabelecida. O que vemos aí são usuários que produzem outros caminhos possíveis, a partir de suas experiências com o processo de adoecimento? O que esses caminhos outros, os fluxos singulares percorridos pelos usuários, podem nos dizer sobre o funcionamento da rede de atenção psicossocial – RAPS – estruturada para ofertar-lhes os cuidados necessários à sua saúde mental? E, até mesmo, que outras ofertas de cuidado se conformam no território?

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Os CAPS são estabelecimentos de saúde que compõem esta rede, além de serem tomados como estratégicos e organizadores da rede, pois se propõe permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos usuários (BRASIL, 2011). A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, institui os CAPS como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a serem criados de forma territorializada e tendo por característica “responsabilizar-se, sob coordenação do

gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002).

O percurso de mestrado me apresentaria, ainda, outro encontro potencializador de minha vontade de continuar a navegar pelas águas da saúde mental: a possibilidade de participar da pesquisa “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras”. Tal estudo buscou analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para usuários com quatro agravos tomados como traçadores, entre eles, os transtornos mentais graves, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Campinas (SP), Fortaleza (CE), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS).

Na Pesquisa Inquérito, como passarei a chamá-la aqui, o campo de Porto Alegre esteve sob responsabilidade do Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC), da UFRGS. Utilizando abordagens quantitativa e qualitativa, assim, os bancos de dados da pesquisa contam com entrevistas feitas com usuários de quatro CAPS Adulto tipo II de Porto Alegre e, ainda, levantamentos sobre informações disponíveis nestes serviços, como livros de registros, sistemas de informação e prontuários.

Esses levantamentos realizados na Pesquisa Inquérito identificaram um grande número de usuários que, mesmo sendo avaliados por algum serviço da rede que os encaminhou para atendimento especializado no CAPS, não se vinculam ao serviço. Boa parte desses usuários nem mesmo comparece ao acolhimento agendado. É para este analisador que dirijo meu olhar como pesquisadora. Esta pesquisa de mestrado propõe um recorte nos dados da Pesquisa Inquérito especificamente relacionados à Saúde Mental, a fim de ampliar a compreensão do funcionamento da Atenção Básica (AB) nos aspectos que se articulam à RAPS.

Os usuários que não se vinculam aos CAPS, comumente, são referidos pelos profissionais dos serviços da RAPS como pessoas que não aderem ao tratamento. Pergunto-me o que a “não adesão” destes serviços pode apontar quanto aos fluxos e movimentos constituintes da RAPS da cidade. Há aqui algo que se mostra como dispositivo no sentido proposto por Foucault (1979) de “fazer ver e fazer falar”. Pergunto-me acerca da relação sempre tensa entre o poder sobre a vida e a potência de vida. Neste sentido, rever a articulação dessa rede de cuidado em saúde mental, investigar como/onde o usuário “se perde” (e, talvez, se ache, às

vezes, em outro lugar?) são questionamentos que podem subsidiar análises e compreensões sobre o funcionamento da rede. A questão, portanto, da adesão ou abandono aos cuidados ofertados pelo CAPS serão, no âmbito desta pesquisa, tomadas como analisadores já que, na concepção do institucionalismo francês⁴, analisadores são acontecimentos ou elementos capazes de suscitar a crise necessária para disparar um processo analítico, “que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição ‘invisível’” (LOURAU, 1993, p.35).

Entretanto, não queremos aqui refinar mecanismos de controle sugerindo que há um único fluxo dado para acessar a RAPS. O propósito dessa pesquisa é ajudar a identificar quais modos, por vezes, invisíveis, pessoas em sofrimento psíquico encontram ou inventam para terem suas dores e demandas de cuidado acolhidas. Elas encontram este acolhimento na rede de atenção psicossocial montada para isto? Se não encontram, como “se viram” com seus sofrimentos? Quais são os caminhos encontrados? Quais obstáculos? Embasados em Foucault, pensamos nos modos de assujeitamento e jogos de verdade aos quais fomos submetidos durante muitos séculos, porém, também olhamos para as possibilidades de invenção de novos processos de subjetivação, que nos permitam uma existência autêntica, ética e política.

Pinheiro *et. al* (2016) propõem o uso dos itinerários terapêuticos como ferramenta teórico-metodológica, através da qual podemos analisar as redes de cuidado e atenção à saúde. Seguimos este caminho por acreditar no “potencial dos itinerários terapêuticos para evidenciar as fronteiras do cuidado em suas diferentes expressões” (p. 18), já que o que percebemos no cotidiano são diferentes modos de cuidado e percursos que podem indicar outros modos de produção de saúde que não se restringem aos serviços da RAPS.

Essas outras lógicas de regulação em saúde que, para além da “oficial”, resultam na produção do cuidado, indicam que a regulação é uma produção social. Com o seu agir leigo, os usuários produzem mapas de cuidado que nos indicam outros arranjos possíveis de sistemas de saúde. Tomamos estes mapas como um convite para experimentarmos a cogestão do cuidado entre equipes e usuários,

⁴ O institucionalismo francês compreende um movimento que reúne diferentes correntes e metodologias de trabalho social voltadas para estimular a autoanálise e favorecer processos de autogestão nos coletivos. Baremlitt (1992) discorre sobre isto. No Brasil, o movimento institucionalista tem, entre seus principais divulgadores, Suely Rolnik, Gregório Baremlitt, Heliana Conde Rodrigues, Carmen Oliveira, Regina Benevides de Barros, entre outros.

como caminho promissor para a inadiável necessidade de reinvenção da saúde (CECÍLIO *et. al*, 2014a).

Neste trabalho, enfocaremos o cotidiano de cuidado em saúde mental em rede na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no intuito de investigar os modos de (não) vinculação dos usuários aos serviços especializados que a rede lhes oferta. Buscamos identificar possíveis pontos de encontro e dispersão entre os itinerários de cuidado de si traçados pelos usuários para suas vidas e os fluxos a eles ofertados pela RAPS de Porto Alegre, tomando um CAPS do município como unidade empírica de pesquisa.

Nas próximas páginas, procuramos contextualizar a Reforma Psiquiátrica em seu cenário atual e desafios que se apresentam. Por nosso campo de pesquisa estar inserido na RAPS, delineamos o conceito de rede no que se refere à saúde mental e aos fluxos instituídos em Porto Alegre.

A seguir, problematizamos o termo “adesão” relacionado ao cotidiano dos serviços de saúde mental, sendo este conceito compreendido como analisador a partir do qual se constituem as coordenadas de navegação para pensar o cuidado em saúde mental. Contextualizando os aspectos concernentes à realidade local da pesquisa, descrevemos como foi sendo construído o percurso metodológico e os aspectos éticos observados.

Nos capítulos seguintes, apresentamos os resultados obtidos com o levantamento realizado a partir dos registros de acolhimentos do CAPS pesquisado. Na sequência, são apresentados e discutidos os conteúdos das entrevistas realizadas com seis usuários classificados pelos serviços como “não aderentes”. Fomos guiados pelas itinerâncias trazidas nas narrativas dessas pessoas que, somadas às do diário de campo da pesquisadora, foram construindo este trabalho de acompanhar as redes que o caminhar dos usuários da RAPS desenham.

2. O cuidado psicossocial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica tem como um de seus desafios principais a desinstitucionalização e a consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam, podendo ser considerada como um processo político e social complexo (GONÇALVES; SENA, 2001). Sem a pretensão de recuperar sua trajetória nesse trabalho, buscamos trazer pontos que consideramos importantes para pensar as práticas de cuidado em Saúde Mental.

No Rio Grande do Sul, um marco político importante foi a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei Estadual nº 9.716, em 1992, que trata da reforma psiquiátrica em âmbito do estado, enquanto a Lei nº 10.216, que trata da reforma em âmbito nacional, foi sancionada no dia 06 de abril de 2001, quase dez anos depois (BRASIL, 2001). Entretanto, assim como em outros estados, por vezes, o manicômio ainda se mostra vivo no cotidiano⁵.

Os modos de organização dos estabelecimentos e das práticas de trabalho em Saúde Mental configuram modos de produzir saúde que podem divergir entre si. Num estabelecimento sempre há, explícito ou não, um referencial teórico-técnico e ético-político, um ideário articulado de valores e interesses que direciona as práticas de tratamento, o que chamamos de paradigma (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

Para Costa-Rosa (2013), na atenção à Saúde Mental no contexto atual, vemos operar principalmente dois paradigmas: o primeiro é o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), baseado em uma concepção da doença-cura como o objeto das ações em saúde mental, e tendo como meios de trabalho, ferramentas que são disciplinares e medicalizadoras. Por entendermos que saúde e subjetividade são necessariamente indissociáveis, a modalidade de “subjetividadesaúde” produzida aqui é similar ao “assujeitamento” e à alienação subjetiva e sociocultural. O segundo paradigma que contrasta este primeiro é o Paradigma Psicossocial (PPS) e surge como tentativa de designar as formas da

⁵ O conceito de cotidiano de Crespi (1983 *apud* GOLDBERG, 1994, p. 189) diz respeito à instância onde ocorre o entrelaçamento ou a colisão das estruturas socioculturais mais ou menos instáveis e enraizadas com o indeterminado da dimensão subjetiva, é o espaço onde se dá a vida, onde indivíduo e sociedade se coproduzem.

produção das instituições de Saúde Mental capazes de se contraporem dialeticamente à lógica do PPHM (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

A desinstitucionalização proposta pelo Movimento de Luta Antimanicomial brasileira teve e tem ainda a intenção de processar a desconstrução do modelo manicomial asilar brasileiro, não apenas questionando-o como aparato não terapêutico, mas afrontando o discurso médico-psiquiátrico que lhe dá sustentação (GOULART, 2006). O modelo de atenção psiquiátrico, intimamente vinculado ao PPHM, toma o campo das Neurociências como pressuposto teórico-conceitual, centralizando no papel do médico o agente do cuidado (YASUI, 2006). A oferta ao usuário consiste em tratamentos que priorizam o isolamento e intervenções de caráter predominantemente biomédico. Por décadas, o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico no Brasil esteve ligado exclusivamente ao modelo centrado no hospital, cujo tratamento limitava-se a internações prolongadas, afastando aquele ao qual se queria cuidar de seu âmbito familiar e social, constituindo um campo de exclusão.

Um dos aspectos centrais na discussão atual sobre a loucura na sociedade é ultrapassar a exclusividade ou o domínio que o discurso médico assumiu sobre a loucura, tomada num enfoque simples de doença mental. Nesse sentido, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica trazem a crítica ao princípio doença-cura, negando a noção de doença como entidade separada do indivíduo. O que se propõe é a volta do sujeito como o protagonista de uma “existência-sofrimento” atravessado por instituições relacionadas ao corpo social a que pertence, enquanto a “doença” é colocada entre parênteses (ROTELLI et al., 1990).

Não podemos negar o viés de sofrimento ou de doença na experiência da loucura, mas também não podemos reduzir tal experiência a um único significado. Muitas vezes, o sujeito em sofrimento psíquico encontra-se numa posição de impossibilidade de narração, de transmissão de sua própria experiência. Preso no discurso único de seu diagnóstico de saúde mental, “deixa de ser Fulano de Tal para ser o diagnóstico. Toda a produção dessa pessoa passa a ser entendida como sintoma, ou como característica da doença” (BELLOC, 2011, p. 33). Nesse sentido, a crítica ao PPHM é fundamental para deslocar a posição desse sujeito no mundo.

A Reforma Psiquiátrica colocou muitos questionamentos quanto às práticas baseadas neste Paradigma, ampliando a compreensão acerca do sofrimento

psíquico, criticando o enfoque na internação e medicalização, além de inspirar a criação de estabelecimentos psicossociais inseridos no território das comunidades (SHMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017). Assim, são abertos espaços para novas formas de cuidado em Saúde Mental: a Portaria nº 336/02 institui os CAPS como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com enfoque no trabalho de forma territorializada e tendo por característica “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002).

No entanto, apesar dos avanços conquistados, das transformações teórico-conceituais, técnico-assistenciais, políticas e culturais (AMARANTE, 1995), o surgimento de novos serviços não é o suficiente para uma mudança no eixo condutor do ato de cuidado. Podemos dizer que, mesmo após décadas de luta, o PPHM mantém sua hegemonia no campo da Saúde Mental (SHMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017). É possível perceber como práticas de controle, normatização e medicalização se mostram de forma tão evidente em nosso cotidiano de trabalho como profissionais da saúde. Como bem nos lembra Pelbart (1990), existe uma cultura manicomial, marcas dos nossos “manicômios mentais”. Para Dimenstein e Liberato (2009, p. 2), se faz necessário operar críticas em dois âmbitos:

um questionamento do campo científico, no qual a loucura enquanto doença mental é produzida pelo saber psiquiátrico, tendo um arcabouço técnico para tratá-la, e de outro, no âmbito da configuração social, onde as práticas científicas e os ideais modernos sustentam as formas de enclausuramento e silenciamento da loucura.

Na perspectiva basagliana, a “liberdade não é resultado e sim base da prática terapêutica” (YASUI, 2012, p. 10). Nas práticas de cuidado que têm como base o PPS, o foco da ação em saúde mental é o sujeito, considerado na sua dimensão subjetiva e social, ou seja, levando em conta a forma singular de vivenciar o sofrimento psíquico e as respostas coletivas para o processo “saúdeadoecimento-atenção”. A concepção de sujeito, bem como a concepção de saúde, é dialética e não recai no movimento de produzir objetos do PPHM (SHMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

O cuidado em saúde mental deve se pautar na produção de saúde, que em seu cerne não condiz com práticas que reduzam o sujeito em sofrimento a um diagnóstico, práticas que o isolem e limitem seu direito de ir e vir ou que se convertam em formas de controle de sua vida, num regime de vigilância do seu

cotidiano. Implica, sim, num trabalho de desconstrução dessas lógicas que excluem e dessingularizam o sujeito do qual queremos cuidar, sendo a própria instituição loucura um dos objetos dessa desconstrução.

Buscar outro lugar social para a loucura na nossa cultura é considerada uma questão crucial da desinstitucionalização (BIRMAN, 1992). Essa busca põe em debate a questão da cidadania do doente mental. Trata-se de questionar a potencialidade e extensão deste discurso através de uma leitura que enfrenta os seus efeitos sociais e políticos. Isto se traduz na procura de superação da assimetria de contratualidade entre pacientes e profissionais de saúde mental e na necessidade de ampliação dos direitos humanos aos doentes mentais.

Trabalhamos aqui com um conceito de instituição que já não se confunde com o de organização. Alinhados aos teóricos institucionalistas, compreendemos as instituições como construções que se inscrevem nos jogos de saber-poder em um determinado período histórico. Assim, conforme esclarecem Romagnoli *et. al* (2009), desinstitucionalizar,

na lógica da sociedade mundial de controle, não pode mais ser uma compreensão restrita às formas de poder institucional conhecidas no âmbito das sociedades disciplinares. Desinstitucionalizar, agora, assume um significado mais fluido, que acompanha as novas formas de poder em rede e cria, por consequência, estratégias, também em rede, de resistir (p. 205).

O processo de transformação institucional envolve boa dose de ousadia e risco, sendo essa mudança institucional um processo heterogêneo e não linear. Nos projetos de atendimento do cuidado psicossocial, há a recusa do modelo sintomático em benefício da criação de uma clínica renovada, deslocando o processo do tratamento do enfoque na doença para a pessoa. Nestes novos espaços, as ações, antes centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, deveriam passar a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida (GOLDBERG, 1994).

Para Rotelli e colaboradores (1990), a base da instituição inventada a partir dos projetos de desinstitucionalização reside na ruptura da causalidade linear doença-cura, problema-solução e na reconstrução do objeto enquanto sujeito histórico. Com efeito, as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica perpassam

dimensões políticas, sociais, culturais e clínicas que, por sua vez, compõem um projeto de transformação social e subjetiva.

Para além da criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a atenção psicossocial propõe uma nova ética do cuidado. Na medida em que busca essa mudança de paradigmas, Costa-Rosa (2000) traz parâmetros importantes desse processo: no modo psicossocial há uma horizontalização dos poderes, a centralidade do papel do médico na condução dos tratamentos é afetada, colocando-se a ênfase na equipe, como corresponsável por um trabalho que não almeja somar várias partes, mas sim, fazer junto.

O papel da equipe de saúde é reconhecido nessa engrenagem do cuidado em saúde mental, possibilita a implementação de relações de trabalho baseadas em relações não hierarquizadas, ampliando a comunicação entre pessoas e grupos. O conceito de interdisciplinaridade tem sido utilizado para afirmar a importância de uma ação integrada entre as várias profissões, vários setores. Entretanto, produzir inovação no cuidado implica borrar as fronteiras das especialidades, é transversalizar, “reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido” (BRASIL, 2010).

A clínica, pensada em sua transdisciplinaridade, vai se construindo com a atitude do trabalhador de saúde em explorar as regiões vizinhas à sua profissão, explorar múltiplos campos de saber para, a partir daí, criar suas estratégias de cuidado. O “entre” é a borda que amplia as conexões, possibilita ultrapassar alguns impasses que possam atravessar a clínica (RAUTER, 2015).

Arriscamos dizer que somos desafiados a expandir, ampliar nosso olhar para ter um vislumbre da “existência humana em sua complexidade” (YASUI, 2006, p. 102). Assim, como resgatar tal complexidade no nosso trabalho para que se produza, nesse horizonte, vida e saúde mental? Como fazemos isso olhando para a vida dessas pessoas, articulando o cuidado sem apresentar respostas prontas? Tem-se buscado colocar em ação novas modalidades de cuidado, produzindo tecnologias diversas, tanto na rede especializada de Saúde Mental quanto na Atenção Básica, mas em seu cerne, o trabalho em saúde se constitui no envolvimento com o outro, ligado à ideia de se corresponsabilizar pelo outro, de se solidarizar com o outro.

Na perspectiva de cuidado psicossocial, se busca englobar os fatores políticos e biopsicosocioculturais, considerando as subjetividades participantes do

processo e não apenas considerando uma questão orgânica ou biológica que pode ser tratada quimicamente. Com essa mudança na implicação subjetiva e sociocultural, se passa a reconhecer o papel do usuário e da família em sua participação decisória no tratamento, levando em conta o território do sujeito, em seu livre trânsito nos espaços da cidade (COSTA-ROSA, 2000).

Neste caminho, Yasui (2012) descreve como a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização (PNH) se alinham no objetivo de mudar os modos de cuidar e produzir saúde, incentivando formas de cuidado que se constroem a partir de encontros que coproduzem sujeitos, na coprodução de projetos de vida. Percebemos como essas políticas do SUS compartilham seus princípios ético-estético e políticos: são princípios éticos porque envolvem o compromisso com o outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, seus modos de viver e sentir; são estéticos ao trazer para o âmbito das relações a (re)invenção de estratégias que potencializem a vida; e são também políticos em sua dimensão coletiva de estar com o outro, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6).

Interrogamo-nos, assim, sobre o modo como se opera o cuidado na rede de serviços implantados pelas políticas públicas e fora deles, pois vemos o trabalho em saúde como relacional e, portanto, importa olhar para a qualidade das relações que são produzidas. Que tipo de relações (re)produzimos? Afinal, podemos produzir encontros extremamente burocráticos, em que a assistência se constitui no ato prescritivo, compondo um modelo de atenção produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem acontecer como relações de inventividade e criação no trabalho em ato, construídos no cuidado em saúde mental. Tem-se observado que a mudança do modelo de assistência à saúde “depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 3).

Diante do que foi exposto, podemos entender que o cuidado que o trabalhador coloca em ato está intimamente relacionado à noção de saúde que o atravessa. Isso nos leva a discutir as transformações que as noções de saúde sofreram, deslocando-se do individual, porém sem negá-lo, para dar conta da multiplicidade que é própria da vida. Tomemos, nesse trabalho, a noção de saúde que se caracteriza pela “possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir

normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2002, p. 158). Ao falar dessa capacidade de construir diferentes normas ou regras para si, conseqüentemente, falamos da construção de novas formas de estar no mundo.

A partir desta perspectiva, o conceito de saúde engloba a possibilidade de “ficar doente e de recuperar-se, como um guia regulador das possibilidades de ação” (CANGUILHEM, 2002, p. 146). Quando problematizamos o normal e o patológico, torna-se impossível considerar um determinante de normalidade que valha para todos, sendo a flexibilidade uma característica da norma que irá diferir conforme as condições individuais, o que torna o limite entre normal e patológico dotado de imprecisão. A relação clínica que emerge da concepção de saúde proposta por Canguilhem seria pautada pelo objetivo de ampliar a autonomia dos sujeitos. Considerando que não existe nada próximo a uma saúde que se diria perfeita, estar vivo inclui em si a experiência da doença, o que se opõe claramente a qualquer padronização ou determinação preconcebida de saúde.

Czeresnia e Freitas (2016) acrescentam que é necessário evitar caracterizar todas as intempéries que vivemos como patologias que devem ser tratadas medicamente, assim como é necessário negar que o conceito de saúde fique associado com “tudo o que consideramos moral ou existencialmente passível de valorização”. Para tanto, o conceito de saúde deve ser capaz de integrar a nossa capacidade de administrar de forma autônoma esta “margem de risco, de tensão, de infidelidade, e por que não dizer, de ‘mal-estar’, com que inevitavelmente devemos conviver” (p. 72).

Ao tratar da relação clínica que se dá na produção de saúde, torna-se importante ressaltar que não estamos aqui considerando-a uma relação dual, mas uma relação clínica que pressupõe um regime de trocas, e para isso, o conceito de intecessores nos auxilia a compreensão desse tema. Deleuze (1992) trata de intercessão não no sentido de convergência, mas ao contrário, como daquilo que diverge, produz desvios, que produz interferências que incitam a diferenciação, desacomodando as relações de saber-poder, criando a possibilidade de novos territórios e modos de existência. Seria a possibilidade ou existência de um desvio que se torna criador, seja de pessoas, acontecimento, objetos.

Um intercessor produz movimento para a descoberta, para desacomodar o que estava enrijecido. Podemos pensá-lo aqui como dispositivo que possibilitaria sustentar novas formas de cuidar em liberdade, de um cuidar que pressupõe uma

clínica que visa a ampliação da capacidade das pessoas lidarem com suas próprias vidas, buscando a potencialidade que se constrói a partir de encontros intercessores.

Para a construção de um cuidado que tenha em seu horizonte a produção de vida, torna-se imprescindível investir na reflexão e transformação das características das relações que se dão nos atos de cuidado e, além disso, se debruçar sobre os significados sociais do adoecer “em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação” (AYRES, 2004, p. 27). As ações em saúde, que têm como princípio o vínculo, devem transpor a centralização das ações no modelo biomédico, na doença, na centralidade de um profissional, através de uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos singulares, sobre os quais abordaremos mais adiante.

Ao refletir sobre as questões do cuidado, percebemos que não se trata simplesmente de um procedimento técnico específico, com fórmulas obtidas a partir de ensinamentos sobre o cuidar. Entendemos que o cuidado é uma referência ética que deve ser princípio de toda e qualquer prática em saúde e construída por todos aqueles que compõem tal campo (BARROS; HECKERT, 2010).

Assim, na produção dos atos de saúde, existem 3 núcleos operando concomitantemente: num primeiro núcleo, entende-se que para atuar como profissional de saúde, esse sujeito mobiliza modos de agir definidos pela existência de um saber específico sobre o problema a ser enfrentado. O segundo núcleo trata-se do enlace ao saber do seu campo profissional de ação. Ambos fazem parte de um território que marca a existência do terceiro núcleo, a dimensão cuidadora, que embasaria o agir de qualquer profissional e visa produzir “processos de falas e escutas, relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário, – como ele constrói suas necessidades de saúde –, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para compor projetos terapêuticos” (MERHY, 2002).

Seja qual for a profissão em questão, a dimensão cuidadora deveria operar na produção de saúde, já que ela engloba os processos relacionais nos encontros trabalhador-usuário. Qualquer abordagem de um trabalhador de saúde junto ao usuário produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações.

Considerando o PPMH, uma das maiores conseqüências dele continuar sendo hegemônico é que ocorra a diminuição dessa dimensão cuidadora no trabalho em saúde. Segundo Merhy (1998), quando essa dimensão não devém nas práticas dos serviços de saúde, os usuários reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Eles sentem-se desinformados, desamparados e desrespeitados.

O cuidado em saúde é considerado uma dimensão da integralidade em saúde, tomando o sujeito humano sofrimento como uma totalidade, deveria sempre compor as práticas de saúde. Portanto, a dimensão do cuidado

não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos, a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. [...] além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. [...] Cuidado em saúde é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, com qualidade e resolutividade de seus problemas (PINHEIRO, 2009, p. 114).

Como podemos ver, não há como compreender a Reforma Psiquiátrica apenas como a transformação de serviços de saúde. A transformação e a inovação que a Reforma Psiquiátrica traz é a aposta de que esta não pode e nem pretende se restringir a uma mudança assistencial, de substituição de serviços, mas visa, sim, a uma ruptura com o modelo que se baseia no PPHM. O que está em discussão é a importância da construção de um paradigma ético, político e estético no qual cuidado, clínica, saúde e vida são indissociáveis (ALBERONI, 2014). Nesse caminho, Yasui nos indica tratar-se do

estabelecimento de uma estratégia de cuidados, que envolve o reconhecimento do território e seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda deste território; implica em estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e a demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a este território” (YASUI, 2006, p.108).

Outros desafios são ainda dignos de destaque e acusam a necessidade de mobilização e esforços sistemáticos na construção da política de saúde mental. Um deles diz respeito a como lidar com os ainda dominantes interesses do mercado da saúde mental. Entendemos que o modo tecnológico de organização para a atuação em saúde se dá por agrupamento de forças que têm interesses quanto ao que se produz nesse setor, impondo assim suas finalidades nesses processos de produção

(MERHY, 2004). Outro desafio que se coloca é quanto à promoção de integração de ações com os diversos programas públicos assistenciais (GOULART, 2006), visto que falamos aqui de um território que é vivo, logo, não está dado, mas vai se produzindo nas relações.

Não estamos lidando com um conceito de clínica compreendida como apenas um campo de intervenções ou segmento de mercado, mas sim, como o plano de encontros e (re)invenções dos modos de subjetivação (PAULON, 2012). Para Bezerra Jr. (2007), um dos aspectos mais interessantes desta clínica seria o êxito em superar o embate infundável entre concepções organicistas e concepções psicológicas do sofrimento psíquico. Vem emergindo, ao longo dos anos, o que podemos caracterizar como uma concepção holística da vida subjetiva. Adotar essa concepção significaria dizer que

ao falarmos de sujeito, vida mental e sintoma, falamos não apenas de um universo psicológico interior – mas de um campo intencional, um campo de ação no qual o indivíduo se projeta no mundo, um campo experiencial complexo para o qual concorrem igualmente fantasias idiossincráticas, predisposições biológicas e prescrições culturais (BEZERRA Jr., 2007, p. 23).

Implica considerarmos que nossa subjetividade é o que resulta das nossas interações com o meio que habitamos, entre o que é parte de um ambiente físico e o que faz parte do que é simbólico, e isso nos constitui como sujeitos. Para implementação desta clínica são necessárias importantes mudanças, em que o objetivo a ser alcançado não seja mais a eliminação de sintomas, e sim, ampliar a rede social do sujeito; em que o olhar para o outro não parta de uma relação saber-poder onde sobre o outro tudo se sabe. Desta forma, refletimos sobre que dispositivos e arranjos organizacionais colocamos em prática no cuidado em rede em saúde mental, nessa interrelação clínica e gestão, tendo a clareza de que a transformação de um modelo de cuidado não modifica apenas uma concepção teórica de saúde para gestores e trabalhadores, mas é “algo que muda modos de viver e ver o mundo” (PAULON; PROTAZIO; TSCHIEDEL, 2018, p. 8).

Pensar a partir do encontro entre cuidado e clínica visibiliza a existência de um limite tênue entre a produção de padecimento, entendida aqui enquanto práticas de tutela e controle que reduzem sujeitos aos seus sintomas, unicamente como produtores de uma doença ou transtorno que precisa ser contido, e a produção de saúde, quando as práticas disparam processos de construção singular de autonomia

e potencializa a vida, trazendo de volta para a equação da clínica a complexidade do sujeito que sofre. Vemos aí a importância da reflexão sobre o que estamos produzindo com nossas intervenções, a serviço de que(m) estão as nossas práticas clínicas (ALBERONI, 2014).

A noção de clínica que tratamos aqui vem recebendo diferentes adjetivações: “clínica ampliada”, “clínica da atenção psicossocial”, “clínica da Reforma”. Mas qual seria o sentido em dar-lhe um adendo, se o que se quer é acionar a vida em sua potência inventiva?

Nomeá-la seria perigoso. Sabemos da força das palavras, como elas aprisionam fluxos, geram soberanias. Um nome poderia evocar um ritual de batismo, de iniciação. Esta seria uma clínica pagã, bastarda, sem um corpo teórico delimitado: uma clínica que entorne, atravessa fronteiras: transteórica. Uma clínica a descobrir, feita para os terapeutas de espíritos inquietos, aqueles que fazem de sua inconformidade a melhor ferramenta no dia-a-dia da clínica (RUAS DE MELO, 1997, p. 148).

Ao falarmos de clínica e saúde mental, nos vemos iniciando pelo viés do trabalho de profissionais em um serviço do setor saúde, por ser de onde partimos para iniciar esse estudo. Entretanto, não nos fechamos nesse que consideramos um recorte do campo, pois quando refletimos sobre a produção de vida e saúde, nos referimos ao esforço coletivo, o qual envolve vários agentes sociais que contribuem para melhora na qualidade de vida e saúde de indivíduos e populações (TEIXEIRA, 2004). E é a partir desse sentido mais amplo que passaremos a discutir as redes de trabalho em saúde.

3. As redes de trabalho em saúde

A rede está dada? Ou será que se trata de pensarmos: que redes estamos pondo em funcionamento? Que redes estamos produzindo? (VASCONCELOS; MORSHEL, 2009, pág. 734)

Navegando nas águas da produção de saúde, mais especificamente, de saúde mental, temos visto o quanto sua produção envolve processos de trabalho coletivo e corresponsável entre sujeitos, e que estes acontecem em redes de relações que se constroem junto à rede de atenção territorial. Nossa Política Nacional de Saúde Mental tem como base a lógica de cuidado em rede, portanto, buscamos discutir aqui como o conceito de rede se enlaça no cotidiano de práticas de saúde.

O Ministério da Saúde opta pela construção de redes de atenção à saúde (RAS) organizadas através de temáticas, como a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências, a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012). Constituem-se como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010), ou seja, sua estrutura operacional é construída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes pontos.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Redirecionar o sistema de saúde para que suas ações e serviços se organizem a partir de redes trata-se de uma estratégia na tentativa de superar a fragmentação da atenção e da gestão e, ainda, aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Quando imaginamos uma rede, podemos pensar em imagens como teias de aranha, ou mesmo rizoma, como nos falam Deleuze e Guattari (2011). Estes desenhos nos indicam relações mais horizontalizadas, em formação, compondo a complexidade e a diversidade do território em questão. Uma rede de saúde

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Ao priorizarmos a construção de relações horizontais entre os pontos de atenção, ao contrário da forma de trabalho em sistemas de saúde hierárquicos, de formato piramidal e organizado segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção, pressupõe-se que os espaços onde são ofertados os serviços de saúde são igualmente importantes para a realização dos objetivos da rede de atenção. Para Santos e Andrade (2013), uma rede se caracteriza pelo tipo de relação que se estabelece entre seus componentes, que passam a partilhar interesses e objetivos comuns, mesmo tendo, isoladamente, um razoável grau de autonomia. Se não se reconhecem em suas interdependências não podemos falar da existência de uma rede e sim, de um ajuntamento de serviços.

Quando serviços e sistemas funcionam de modo integrado poderão ser capazes de dar atenção contínua e integral aos usuários na medida em que, conseguindo solucionar em torno de 80% dos problemas de saúde que são demandados pela AB (STARFIELD, 2004), os outros 20% dos casos seguem um fluxo cuja densidade tecnológica do tratamento faz-se necessária. Ao final, a continuidade da atenção deverá ser mantida pelas equipes da AB.

Além da capacidade de interrelação entre serviços, é necessária a composição multiprofissional das equipes de saúde para garantir a capacidade de lidar com problemas de saúde, muitas vezes, multicausais e complexos. A ação interdisciplinar desta equipe deve ser um objetivo a ser estabelecido, para que o trabalho se baseie em compartilhamento e corresponsabilização entre os membros da equipe (BRASIL, 2010). Mais do que um problema operacional, a capacidade de deixar a prática tornar-se híbrida de valores e diferentes olhares de profissionais diversificados potencializa a integralidade pela abertura à alteridade. O cuidado não será integral se apenas estiver moldado pelo conhecimento biomédico disponível. É imprescindível pôr o trabalho, a relação com o trabalho e a relação com o outro em análise, buscando quebrar as naturalizações que o conhecimento, a técnica e as normas dos serviços tendem a produzir (COLLAR *et al.*, 2015, p. 55).

Embora seja característica a relação não hierárquica entre os níveis e pontos de atenção, a Atenção Básica é tida como centro de comunicação da rede, seu papel é considerado essencial e estratégico na organização das RAS. Assim, a AB exerce o papel de coordenadora do cuidado integral e de ordenadora do acesso aos demais pontos de atenção da rede (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010), sendo responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, conforme as necessidades destes, e de manter o vínculo com os usuários, dando continuidade à atenção através de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros.

Neste trabalho, enfocaremos o cotidiano de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi instituída como desdobramento da lei 10.216 que institui a Reforma Psiquiátrica no país, com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Para isso, propõe a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde que compõem esta rede, além de serem tomados como estratégicos e organizadores da rede em âmbito territorial, dada a necessidade de permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos usuários (BRASIL, 2011).

Além dos CAPS, outros equipamentos de saúde compõem a RAPS, sendo eles: os serviços de atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde); equipe de atenção básica para populações específicas (equipe de Consultório na Rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência); serviços de atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); serviços de atenção de urgência e emergência (SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros); serviços de atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial); serviços de atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

drogas); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A política de saúde mental, que foi formulada com orientação nos princípios da Reforma Psiquiátrica,

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

Como vemos, outros dispositivos comunitários e de desinstitucionalização se constituem como ofertas de cuidado, visando construir uma rede integrada, de modo a possibilitar que a atenção em saúde mental não se limite a apenas um local ou estabelecimento, no intuito de que se redirecione para a comunidade (GRIGOLO, 2010). Além disso, a rede de saúde é apenas uma das redes que compõe um território.

Quando falamos de redes de saúde, o trabalho de profissionais dos estabelecimentos de saúde é apenas um dos elementos que integram as redes mais amplas de trabalho social. Como anunciado anteriormente, utilizamos, como arcabouço teórico nesse trabalho, um conceito de rede que considera a participação de múltiplos agentes sociais que, direta ou indiretamente, contribuem para a saúde de indivíduos (TEIXEIRA, 2004). Para abordá-lo, antes é necessário delinear alguns aspectos sobre noção de território, pois é a partir dela que se busca organizar uma rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias.

O Ministério da Saúde considera o território como constituído fundamentalmente “pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, pág 11). Santos (2002, p. 84) o define como

um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente.

Para Lima e Yasui (2014), há neste conceito de território uma negação da visão tradicional da geografia, que tendia a considerá-lo como objeto estático com suas formações naturais. Dessa forma, vemos a caracterização de um objeto dinâmico, englobando as características físicas de uma área, mas para além disso, também as marcas produzidas pelo homem neste lugar. Essa definição sugere uma construção que se dá entre os cenários naturais e a história social produzida pelos homens.

Uma rede de produção de saúde (BRASIL, 2009) é uma rede de redes produtora de um novo território. Entretanto, o território não é apenas espaço de demanda de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido. É impossível reduzir tantas multiplicidades a produção de redes, estas não são a expressão única de produção de saúde/vida. Em meio a essa composição de paisagens e territórios diversos, Deleuze & Guattari (2011, p.10), pontuam que

As multiplicidades são a própria realidade, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades.

A partir dessa multiplicidade de composições possíveis, vemos que todo território geográfico está articulado em redes, que interagem mutuamente: “a rede do tráfico, as redes da internet, a rede de transporte, a rede de relações afetivas, a rede de prostituição, a rede de venda de bebidas alcoólicas etc.” (SOUZA; TEIXEIRA, 2016, p. 46).

Apesar da organização das redes dar-se a partir de temáticas de saúde, como descrevemos anteriormente, no território, as necessidades em saúde não estão segmentadas, exigindo uma convergência das ações das redes temáticas. Pensar em redes territoriais de produção de saúde envolve um movimento de territorialização da própria rede. Como os fluxos da vida se encontram, destoam, alteram, tensionam os fluxos da rede de saúde mental?

Toda rede de saúde produz e intervém nos territórios geográficos, sociais e subjetivos. De acordo com Righi (2010), as redes assistenciais produzem normas próprias que tendem a desconsiderar os valores e regras dos territórios existenciais, porque operam articulações funcionais entre equipamentos. A construção de redes

territoriais de produção de saúde busca superar a percepção de que o território é apenas um lugar produtor de demandas que requerem ofertas técnicas, e busca afirmar que o território é um espaço vivo que requer diálogos e coproduções de ordem política e social.

Para que mais avanços se façam possíveis em confluência com as contribuições da Reforma Psiquiátrica, sobre os quais falamos no capítulo anterior, Dimenstein e Liberato (2009) apontam para a necessidade da inserção da Saúde Mental na Atenção Básica (AB), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Entendemos que os serviços de saúde e os de outras políticas, como a Assistência Social, são pontos da rede que estão definidos, delimitados oficialmente numa dada organização, compondo assim a RAPS. O papel do ACS aqui tem um duplo estatuto e função importante ao borrar algumas fronteiras, pois, ao mesmo tempo em que é um profissional de saúde, é também alguém que faz parte da própria comunidade em que trabalha, do território. Ao tomarmos o território como estratégia em nossas práticas de saúde, se fortalece a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem. Desta forma, as práticas em saúde têm a potencialidade de basear-se não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (ROTELLI; MAURI, 1990).

A produção do cuidado em saúde mental, na perspectiva do modelo psicossocial territorial, deve ocorrer em ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, configurando uma rede de atenção à saúde, como estratégia de construção da integralidade do cuidado (PAES et al., 2013). Um dos desafios para se efetivar a integralidade do cuidado é aprender a olhar o território em busca de identificar e utilizar os recursos ali, “pois apresenta-se como potencial para criar redes de relações, redes de afetos, redes de apoio, outras articulações com dispositivos territoriais, alianças e vínculos” (PROTÁZIO, 2015, p. 42).

Consideramos que o cuidado em saúde mental deve envolver sempre estratégias e objetivos múltiplos, buscando a atenção integral aos usuários, o que não se limita a ações somente em âmbito clínico. A produção de saúde envolve as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, relacionadas com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia, entre outras. Yasui (2006) ressalta a importância de ações e projetos que articulem atenção e esforço de emancipação dos usuários, sendo ainda um desafio no cuidado o que se refere à promoção de integração de ações com os diversos programas públicos assistenciais e a construção de projetos comunitários alinhados com a proposta de reabilitação e reintegração daqueles que se tornam usuários dos serviços de saúde mental.

Entre as diretrizes da RAPS, se coloca o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2011). Podemos pensar que o cuidado em liberdade provoca inovações na prática terapêutica, inscreve novas profissões e representa novas formas de coproduzir projetos de vida nos territórios com as pessoas que vivem a experiência do sofrimento psíquico (NICÁCIO; CAMPOS, 2007).

Continuando no esforço de ampliar a noção de rede em interrelação com o cotidiano do cuidado em saúde, Teixeira (2004) provoca-nos a reconhecer a natureza eminentemente conversacional do trabalho em saúde, como um elemento constitutivo da própria rede, perguntando-se sobre a tentativa de sistematizar essas técnicas de conversa que envolvem o trabalho. Discutir uma dada técnica de conversa vai ao encontro da reflexão necessária ao acolhimento e produção de vínculos nos serviços de saúde. Nesse sentido, é importante desmistificar o termo “acolhimento” como uma atividade de recepção nos serviços a ser desempenhada por um profissional específico, sendo possível acontecer em qualquer momento de encontro nesse itinerário que se constrói pelos pontos da rede. Tal é a perspectiva de Teixeira (2004) que permite considerar que as redes de trabalho em saúde compõem verdadeiras redes de conversações, são redes afetivas que funcionam como dispositivos conectivos da rede.

Para Santos et. al (2007), o acolhimento constitui-se como dispositivo relacional, compreendendo-o como “ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento

individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta” (p. 75). O acolhimento representa a possibilidade de se construir uma nova prática em saúde, sendo decisivo na relação de cuidado entre trabalhador de saúde mental e usuário, pois “o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica” (JORGE *et. al*, 2009, p. 3053).

Ao longo desse trabalho, colocamos em pauta a importância de uma atuação amparada no estabelecimento de vínculos solidários e sócio-afetivos e no fomento ao protagonismo social dos usuários das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009). Nessa direção, o que caracteriza a técnica de conversa que conecta pontos da rede, passível de ser realizada por qualquer profissional, é que esta opera como acolhimento-diálogo, corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas. De forma bem sucinta, podemos dizer que o acolhimento dialogado seria uma técnica de conversa de apoio ao processo de conhecimento das necessidades do sujeito em questão (TEIXEIRA, 2004).

Tomamos algumas coordenadas das contribuições teóricas de Espinosa para levantar algumas reflexões sobre como opera esta rede de conversações, já que, por definição, esta só pode existir quando e se há encontro(s). Esse filósofo dá ênfase às relações e a afectabilidade mútua entre dois corpos que se encontram. Para Espinosa (2009), “o corpo humano pode ser afetado de muitas maneiras, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, enquanto outras tantas não tornam sua potência de agir nem maior nem menor” (p. 99).

A afectabilidade nos fala quanto aos afetos que surgem nesses encontros: quando os sujeitos estão um diante do outro compõem uma relação em que são afetados mutuamente. E não há “trégua”, se o encontro não te afeta, é porque você simplesmente não está ali, presente, ou seja, a pessoa não estava aberta para o que este momento pudesse trazer para sua vida. Por essa afecção entre os corpos, desse encontro pode emergir a tristeza, tomada como diminuição da potência de ação dos corpos, quando uma ideia ou outro corpo ameaça sua potência. Porém, de um encontro também pode advir a alegria, travestida como aumento da potência de ação do sujeito. A estes encontros em que o homem tem potência de vida aumentada, sua ação no mundo se encaminhando para desvencilhar-se da servidão, chamamos “bons encontros” (ESPINOSA, 2009).

“A potência do conceito de rede é ampliada quando leva à produção de melhores encontros. Por melhores encontros entendemos não o encontro que busca a homogeneidade, mas o encontro de diferentes que produz um comum mantendo a singularidade” (BRASIL, 2010, p.70). Assim, as redes de trabalho em saúde passam a ser concebidas como redes de trabalho afetivo no sentido de que o essencial nelas é a criação e a manipulação dos afetos. As redes de produção de afetos são a própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida (biopoder), de produção de subjetividades individuais e coletivas, ou seja, são redes de produção de redes (TEIXEIRA, 2004).

Essa postura ético-política pode ser resumida na ideia de que “todo cidadão tem o direito a uma equipe que cuide dele, com a qual ele estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado em saúde” (PASCHE, 2009, p. 702). Paulon e Neves (2013) sugerem ser este o desafio a que o SUS se propõe: a estruturação de uma rede de cuidados que possa viabilizar a efetivação do princípio da integralidade, em todo o território brasileiro.

Para Yasui (2006), são aspectos importantes a serem considerados sobre a produção de redes de saúde, a ideia da provisoriedade, do inacabamento e de uma certa indefinição, onde nem tudo é percebido. Como pesquisar os fluxos da rede sem olhar para suas conexões com o próprio fluxo da vida? Que tensionamentos acontecem aí? Onde se conectam? Se contradizem? O conceito de redes de produção de saúde procura dar conta dessa coprodução tensa entre a rede assistencial (com suas regras e normas) e o território. Então, qual conceito de rede seria necessário para dar conta de um entendimento de territórios-redes como produção múltipla? Que englobe as redes oficiais, as redes insubordinadas, redes de que derivam e derivam de fluxos?

Mantenhamos vivos esses questionamentos. Porém, é necessário ressaltar que, a despeito das construções sobre o cuidado em saúde mental obtidas através da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Humanização e da própria Reforma Sanitária, nos dias de hoje estamos imersos em um contexto de desmonte das políticas públicas. A saúde é uma das políticas com pior investimento no Brasil, o relatório anual da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) publicado em maio desse ano, aponta que o governo brasileiro destina apenas 7,7% de seu orçamento para a Saúde, sendo essa uma taxa inferior à média mundial, uma das mais baixas

no continente americano. Além disso, a saúde mental é considerada o “patinho feio” dos segmentos da saúde para muitos gestores públicos (PAULON, 2016).

Em dezembro de 2017, foi publicada uma retificação da Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017), que altera a Política Nacional de Saúde Mental e tem influência direta na RAPS. Entre outras mudanças, o documento aumenta o valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas unidades. Onde havia a relação de pontos de atenção referentes à Atenção Hospitalar da RAPS, lia-se

a) Leitos de psiquiatria em hospital geral; b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral) (BRASIL, 2011).

Com as novas alterações, os pontos de Atenção Hospitalar são: “a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; b) Hospital Psiquiátrico Especializado; c) Hospital dia” (BRASIL, 2017). Ou seja, o hospital psiquiátrico que era um ausente-presente na legislação, pois aparecia somente no que tange as Estratégias de Desinstitucionalização, objetivando a sua progressiva desconstrução, volta sendo considerado um estabelecimento oficial da RAPS.

Também foi inserida uma nova modalidade de CAPS como componente da RAPS, o CAPS AD IV, para o atendimento de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada em municípios com mais de 500 mil habitantes e capitais dos estados, tendo como objetivos

atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (BRASIL, 2017).

Sobre os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, inseriu-se uma exigência de taxa de ocupação de 80% dos leitos como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço. Além disso, a proposta de trabalho com economia solidária foi excluída, e houve ampliação substancial de investimento do dinheiro público para as comunidades terapêuticas, dispositivos caracteristicamente asilares com muitas das características manicomiais que vêm

sendo denunciadas por pesquisadores e movimento civil organizado (ABRASCO, 2019).

Campos (2018) afirma que houve uma sucessão de eventos políticos e econômicos da última década que se constituem como desfavoráveis ao desenvolvimento e mesmo à sustentabilidade do SUS como um todo. Apesar da relevância da discussão sobre nosso sistema de saúde, o tratamento dado a essa questão por parte dos políticos tem sido relativamente pequeno. A última gestão do governo, sob o pretexto de assegurar crescimento econômico e reduzir privilégios, vem tomando decisões que concentram renda e poder político para os representantes do capital, indo na contramão de fortalecer um SUS democrático e universal.

Os ventos começaram a mudar em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. Com a instalação do estado de exceção pelo qual o país está passando, tanto o SUS quanto a Reforma Psiquiátrica têm sido alvo de mudanças radicais e importantes retrocessos. Para Amarante e Nunes (2018), no campo da saúde mental, a resolução de 2017 praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo que se construiu ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

As modificações na RAPS revelam retrocessos na atenção aos usuários, pois incentivam claramente uma cultura de hospitalização e segregação, que vem sendo discutida como ineficiente, além de ir contra um fundamento que nos é tão caro nas políticas de saúde mental: o cuidado em liberdade. O paradigma de cuidado psicossocial baseia-se na constatação de que o rompimento dos laços sociais produzido pelo isolamento manicomial não traz nenhum benefício terapêutico ou social. Pelo contrário, o isolamento resulta em cronificação com todos os ônus dela decorrentes e alimenta o círculo vicioso da estigmatização dos usuários. Também chama a atenção a sobrevivência de estabelecimentos manicomiais, ou mesmo sua renovação, por exemplo, através das chamadas “comunidades terapêuticas” (PAULON; OLIVEIRA, 2018).

A despeito de tantos estudos citados que evidenciam o fracasso das instituições asilares, conforme nota divulgada pela ABRASCO⁶ (2017), o então coordenador do Ministério da Saúde para Saúde Mental, em suas proposições, defendeu a expansão dos hospitais psiquiátricos num contexto de congelamento dos investimentos no SUS por vinte anos. Reafirmo que nosso compromisso é com um paradigma em que resguardar e legitimar a autonomia dessas pessoas em sofrimento psíquico seja o objetivo maior do trabalho em saúde mental, o que pode ser impedido com o que tais mudanças podem gerar. Instituímos uma rede de saúde mental, e esta vem sendo constantemente colocada em cheque, em vias de desestruturação e desmonte.

Como se não bastassem as medidas citadas acima, pouco antes da defesa dessa dissertação, a Nota Técnica nº 11/2019, intitulada “Nova Saúde Mental”, foi publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde. O documento aponta mais retrocessos nas conquistas estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 2001): propõe a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da RAPS, incentivando assim o retorno à lógica manicomial. Para Amarante (2019), colocar o hospital novamente como elemento da rede é “recolocar a questão do mercado privado da saúde, de um modelo que explora a internação e no qual as pessoas perdem o direito à cidadania e, muitas vezes, a vida”.

Para o cuidado às pessoas em sofrimento devido ao uso/abuso de substâncias, a Nota não menciona o tema da Redução de Danos, técnica exitosa e com muitos estudos já produzidos na Europa. A Nota aposta nas Comunidades Terapêuticas, “que de comunidades e de terapêuticas nada têm”, como diz o psiquiatra e importante pesquisador no campo da saúde mental brasileira, prof. Amarante (2019). Em Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018) foram identificadas várias irregularidades no cotidiano nesses espaços de privação de liberdade, em uma complexidade de violações de direitos, como violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual, castigos, punições e indícios de tortura, entre outras.

Além disso, segundo a Nota, o Ministério da Saúde também passaria a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Após toda a polêmica

⁶ Associação Brasileira de Saúde Coletiva

gerada com os pontos abordados, a nota foi retirada do site do Ministério da Saúde. O ministro Luiz Henrique Mandetta informou que o teor do documento será reavaliado pela nova coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas, que se encontra em vacância (AMARANTE, 2019).

Diante disso, como dizer que criamos uma rede de serviços “substitutiva” aos hospitais psiquiátricos? Quando o gestor federal inclui o hospício entre os serviços para substituir o próprio hospício, que tipo de saúde estaremos produzindo em nosso sistema de saúde?

4. Problematizando a “não adesão” aos serviços de saúde mental

De quem é o poder?
 Quem manda na minha vida?
 De quem é?
 De quem é?

Uns dizem que ele é de Deus
 Outros, do guarda da esquina
 Uns dizem que é do presidente
 Outros, que vem lá de cima

De quem é?
 De quem é?
 Quem inventou essa tara?

Uns dizem que ele é do povo
 E saem pra trabalhar
 Outros, que é dos muito loucos
 Que não têm contas a prestar
 (ISRAEL, G.; ROMERO, N.; CAZUZA, 1989)

No início desta escrita, expus minha vontade de deixar falar os tantos encontros e tramas de interações que se deram em meu caminho como psicóloga, trabalhadora da saúde mental, acompanhante terapêutica... Nesses encontros, pude testemunhar inúmeros modos de transitar pela rede de saúde mental. Os usuários que não se vinculam aos CAPS são referidos pelos profissionais como pessoas que “não aderem” ao tratamento. A definição da palavra aderir refere-se a estar unido por aderência; consentir por convicção ou interesse; ligar-se, pegar-se (FERREIRA, 1999).

Observando a partir do contexto em que essa nomenclatura vem sendo usada, percebe-se que tal situação é interpretada pelas equipes como resistência ou recusa do usuário a um ato de cuidado advindo de um trabalhador ou serviço da rede, caracterizando esse evento como um momento de negação ao que lhe é ofertado. Ou seja, há uma expectativa de que o usuário consinta ou aceite o que lhe é sugerido, o que pode incluir desde um tratamento medicamentoso a outros tipos de intervenções. Poderíamos também pensar que, por vezes, a “não adesão” também pode tomar o sentido de fracasso terapêutico?

Apesar de ser conceito comumente usado pelas equipes de saúde mental dos CAPS, na pesquisa bibliográfica que fizemos através da base Scielo, foram encontrados poucos trabalhos do Brasil envolvendo este assunto. Entre os artigos encontrados, vê-se que as discussões sobre a vinculação ou adesão dos usuários

de saúde mental têm sido permeadas por posições polarizadas ou unilaterais: ora culpabilizando o usuário, ora o trabalhador. Muitas vezes, parecem desconsiderar o contexto e a complexidade do tratamento oferecido, demonstrando desconhecimento da legislação de saúde mental em vigor e, assim, acabam por reforçar o modelo manicomial de assistência (SANZ DE ALVAREZ; ROSEND; ALCHIERI, 2016).

Algumas pesquisas se propõem problematizar a adesão ao tratamento através de entrevistas com os pacientes, entretanto focam suas análises relacionando a adesão estritamente a seguir ou não as prescrições medicamentosas feitas nos serviços de saúde mental (SOUZA *et. al*, 2011; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013).

Outros estudos realizados têm identificado diversos fatores que se associam estatisticamente ao não comparecimento às consultas e/ou ao abandono de tratamento em serviço especializado em saúde mental. Os fatores encontrados como associados com o abandono do tratamento foram: estado civil solteiro, desemprego, diagnóstico relativo aos transtornos da infância e adolescência (F80-F98 da CID-10⁷). No mesmo estudo, o registro de comorbidade psiquiátrica e a abordagem exclusivamente farmacológica foram considerados associados ao não abandono do tratamento (RIBEIRO *et. al*, 2008).

A busca ativa de pacientes referenciados por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e que haviam, anteriormente, abandonado o tratamento em saúde mental, revelou que mais da metade dos pacientes afirmaram não ter voltado a procurar atendimento em saúde mental, porque obtiveram melhora e/ou porque o tratamento não seria mais necessário. Além disso, em torno de 19% dos usuários consideraram que o tratamento oferecido havia sido inadequado ou era ineficaz (RIBEIRO; POÇO, 2006).

Em pesquisa de Matas, Staley e Griffim (*apud* RIBEIRO; POÇO, 2006), o maior preditor de não comparecimento às consultas da atenção especializada em saúde mental demonstrou relacionar-se ao tipo de serviço responsável pelo encaminhamento: 32,8% dos pacientes referenciados pelo setor de emergência não compareceu à consulta especializada, comparado com 11,2% e 8,6% daqueles

⁷ A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças passou a ter a seguinte denominação: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Na prática, foi abreviada como CID-10.

referenciados, respectivamente, por serviços de atenção primária e secundária. Diante desses resultados, os pesquisadores sugerem como interessante identificar possíveis ações que visem qualificar o processo de referência do usuário da atenção primária para a atenção especializada, já que a boa articulação entre os serviços demonstrou ter papel importante no acesso ao cuidado em saúde mental (RIBEIRO *et. al*, 2012).

Nos estudos de Ribeiro *et. al* (2012), foram descritas 4 variáveis que tiveram associação, ainda que baixa, com o abandono de tratamento: a variável sociodemográfica da renda abaixo de um salário mínimo, as variáveis psicopatológicas de baixo controle de impulso e baixa capacidade de insight e, ainda, uma variável sobre o processo de cuidado, referente à duração do tratamento no serviço de atenção psicossocial acima de 60 dias. Quanto a esta última variável, consideramos questionável a possibilidade de considerar como tratamento as intervenções delimitadas dentro de um período menor que 60 dias em um CAPS para um usuário com transtorno mental crônico grave.

Consideramos que discutir o fenômeno da adesão engloba muitas dimensões que não se restringem à precisão com que o paciente segue as recomendações profissionais, pois estaríamos reduzindo a vivência do usuário a simples submissão aos desígnios dos profissionais de saúde mental, vigilante biopolítico que alinhava formas de experienciar o adoecimento (BORGES; PORTO, 2014).

Dada a elevada taxa de não comparecimento dos usuários indicados aos serviços da rede de saúde, é comum pairar nas equipes certo sentimento de impotência frente à recorrente pergunta: por que “não aderem” ao tratamento? (BORGES; PORTO, 2014). Há que se perceber aqui um elemento de tensão sobre a produção de atos de cuidado que conforma um processo no qual o usuário é simplesmente alvo do cuidado, quando ao contrário, este usuário a que nossos atos se dirigem é efetivamente sujeito em ação (CECCIM, 2004).

Como falamos anteriormente, partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, pois para além do conhecimento técnico e dos instrumentos, as práticas em saúde dependem do que Merhy (2002) chamou de “Trabalho Vivo em Ato”, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido. Se estas relações são sumárias e burocráticas, a assistência se produz centrada em um ato prescritivo, constituindo um modelo de saúde baseado no saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas relações

podem se dar como intercessoras, quando são estabelecidas no trabalho em ato, no cuidado à saúde.

Merhy (2012) considera que existem disputas que estão cravadas no território da saúde, enquanto campo de produção do cuidado. Como seriam então os próprios encontros trabalhador-usuário atravessados pelos poderes em jogo nas práticas em saúde mental? Há aqui uma tensão que pode ser considerada constitutiva do próprio sistema de saúde

De que modo, no meu agir nesses encontros com os usuários e os meus colegas de trabalho, como alguém que aposta no SUS, dou substância para esse outro que ali está, em ato. Como o signífico, de que maneira o trago para o meu campo de intervenção, como objeto ou como sujeito, faz toda a diferença (MERHY, 2012, p. 270).

Julgar unilateralmente um usuário como não aderente carrega consigo outra questão relevante aos propósitos desta investigação: a de que o usuário de saúde mental não é dono de seu próprio desejo e, portanto, tem que ser tutelado por quem supostamente “sabe o que é melhor para ele”. Isso autoriza dizer que o usuário da rede, tomado na condição de objeto, não sabe o que quer, portanto, é o serviço de saúde que deve decidir. Para Merhy (2012), convém identificar como um modo de “agir torturador” quando, em nossa produção de cuidado,

O não reconhecimento e a não possibilidade do outro operar como sujeito do desejo efetivamente nesses encontros, disputando com a gente as existências que quer viver, convive com a tensão de outras forças, também constitutivas desse processo, que podem fazer instituir outras conformações do encontro, nas quais pode-se se dispor a abertura para trocas e acontecimentos imprevisíveis, em acontecimento, através dos processos relacionais aí existentes, bem como das afecções que o outro produz (p. 272).

Em nossa sociedade, as relações de trocas, sejam de bens, mensagens ou de afetos, se realizam a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo, esse valor é o que daria a cada pessoa seu poder contratual. Kinoshita (1996) argumenta a importância da reabilitação psicossocial como reconstrução de valor social dos sujeitos que recebem a etiqueta de doentes mentais. Ao receber tal diagnóstico, qualquer poder de contrato que essa pessoa tinha é invalidado ou se torna negativo.

Diante do exposto, será viável continuar caracterizando como “não aderente” àquele que não cumpre integralmente a conduta prescrita pela equipe? Essa noção de adesão a um serviço não colocaria a perder o objetivo de ganho de autonomia do

usuário, criando uma linha de dependência? Não seria a adesão um efeito de um encontro que se dá na relação clínica? Propor esta discussão implica resgatar o conceito de adesão e transpor essa representação que exclui comportamentos diversos ao prescrito. É necessário contemplar aspectos da subjetividade dos usuários, em suas necessidades e dificuldades como forma de legitimar a autonomia dos usuários em seus itinerários terapêuticos. Para Pelbart (2000), o desafio se constitui em sondar que trajetórias a cidade produz ou captura, que forças são essas que se fazem presentes, que expandem ou capturam a vida.

Para isso, coloca-se a importância do dispositivo Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta que implica pensar modos de lidar com o sofrimento psíquico do usuário que proporcionem possibilidades de resgatar vínculos com a vida, construído de forma singularizada (PINTO *et. al*, 2011). Este dispositivo foi pensado com a intenção de romper com as relações manicomial e com as formas excludentes de tratamento antes estabelecidas, pressupondo que se trabalhe com uma concepção de sujeito que o considere em sua complexidade e contemple os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais que o constituem.

Pautados pela lógica do trabalho no território, a construção dos PTS, nesta perspectiva, será composta por um plano de intervenções decididas em conjunto entre o usuário, família e equipes de profissionais que o acompanhem, no sentido de propor um cuidado integral à pessoa.

Embora o PTS norteie as intervenções terapêuticas, nos deparamos com limitações importantes na forma de utilização dessa ferramenta, como restringir-se a inserção dos usuários nas atividades do CAPS, por exemplo, transformando o PTS numa espécie de “cardápio” em que se oferece como possibilidades apenas as atividades realizadas dentro das quatro paredes deste estabelecimento de saúde. Para ser tomado como dispositivo desta clínica a que nos referimos, o PTS não deve estar limitado aos espaços dos serviços, pois significaria desconsiderar a potencialidade do território em que o usuário vive. “É fundamental considerar que a construção do PTS pressupõe o reconhecimento do território existencial e suas redes vivas de cuidado ou descuidado, assim como as linhas de fuga possíveis para a produção de novos modos de subjetivação” (FERREIRA *et. al*, 2016).

O cuidado em rede, no território, como proposto pela Reforma Psiquiátrica, implica uma criação/invenção de formas de cuidado que não se limitam à vinculação de acesso a um equipamento de saúde ofertado pelo SUS, considerando a

corresponsabilização do sujeito na construção de seus itinerários de cuidado. Pensando a partir desta mudança de paradigma, como dialogar com uma política que propõe o cuidado em rede e continuar a avaliar o usuário unilateralmente como “aderente” ou resistente? Em que medida a não vinculação ao serviço de saúde mental dá pistas sobre como a rede de cuidado tem funcionado? E como esse usuário tem transitado nessas redes?

A atualidade dessa discussão compareceu através da inserção da Pesquisa Inquérito nos CAPS tipo II da cidade de Porto Alegre. Os levantamentos realizados nos serviços demonstraram um grande número de usuários que não se vinculam a esses estabelecimentos de saúde. Estas pessoas são encaminhadas por diferentes serviços da rede para acolhimento e, portanto, podemos dizer que foram avaliadas por profissionais ou equipes de algum ponto da rede como necessitando do atendimento especializado no CAPS ou, de modo geral, do cuidado em saúde mental.

Neste trabalho, lançamos o olhar sobre o analisador “não adesão”, considerando este como possível resultado de um momento relacional do cuidado em saúde. Jorge *et. al* (2011) tomam o vínculo como um dos dispositivos relacionais que representam possibilidades de se construir uma prática em saúde que potencializa a relação horizontal entre os sujeitos implicados no cuidado, pois favorece a negociação entre usuários e profissional ou equipe.

A ênfase no processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e voltada para o modo de vida de cada usuário. No processo de escuta e acolhimento, o que se desvela é um ato de interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que usuário deseja em sua vida cotidiana (JORGE *et. al*, 2011, p. 3055).

Para a construção do vínculo no cuidado em saúde mental é preciso existir negociações para a construção mútua em busca de uma conduta que seja resolutiva e humanizada (CAMPOS, 2007). Ao se vincular a alguém ou a algum estabelecimento de saúde, transferimos afetos para essas pessoas ou serviços. Tais sentimentos podem contribuir ou não para a produção de vida em cada pessoa afetada, seja o trabalhador ou o próprio usuário (JORGE *et. al*, 2011). Se tomamos a noção de saúde sugerida por Canguilhem (2002) como a possibilidade de instituir novas para si, torna-se imprescindível refletirmos sobre como se dão esses encontros e vínculos terapêuticos, o que emerge desses afetos que se produzem aí.

Andrade, Givigi e Abrahão (2018) propõem discutir as práticas de produção do cuidado pautadas pelo desafio de se afastar da hegemonia de referenciais normativos e homogeneizantes, esses que, muitas vezes, acabam determinando as relações no campo da saúde. Ao apontar para a possibilidade sempre presente de outras formas de produzir saúde, apostam naquilo que Foucault denominou “ética do cuidado de si” como caminho possível para práticas de cuidado em saúde que escapem aos processos de dominação da vida, produtores de padecimentos tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado.

Michel Foucault (2013) relaciona a ética a uma atitude de crítica, a partir da qual podemos pensar a ética como exercício de experimentação em meio a relações sempre inéditas que interrogam os códigos em sua abstração homogeneizante. Caber-nos-ia interrogar certezas tomadas anteriormente como verdades, nos colocando a reinventar modos de relacionamento consigo, com os outros e com as próprias verdades estabelecidas. Afirmar a ética como exercício constante no cotidiano das práticas de saúde, e não como estado a ser atingido, está intimamente aliado ao campo de práticas morais e de relações de poder onde se dá a constituição de relações ativas a partir de um cuidado consigo e com o outro (ANDRADE; GIVIGI; ABRAHÃO, 2018). Quando falamos aqui em relações de poder, estamos utilizando a concepção foucaultiana, portanto, consideramos que

nas relações humanas, quaisquer que sejam elas [...], o poder está sempre presente: quero dizer, a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas (FOUCAULT, 2004, p. 276).

Ao problematizar as formas de exercício do poder que caracterizam nossa sociedade, Foucault utiliza o termo “biopoder” para caracterizar um regime de poder que incide sobre a vida não apenas para fazê-la cessar, como era o caso do modelo da soberania, mas, sobretudo para investi-la positivamente.

A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer [...] o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no como da vida (FOUCAULT, 2000, p. 294-5).

Na atualidade, podemos perceber a intensificação e a capilaridade desse poder de normalização da vida, principalmente no que diz respeito à função de produção de modos de vida sujeitados ao saber médico, fazendo multiplicar toda uma lógica do bem-estar, da saúde, da segurança, entre outras (ANDRADE; GIVIG; ABRAHÃO, 2018). Nesse sentido, a pertinência da ética do cuidado de si nas práticas de cuidado em saúde justifica-se pelo fato de que o “risco de dominar os outros e de exercer sobre eles um poder indevido decorre precisamente do fato de não ter cuidado de si mesmo e de ter se tornado escravos de seus desejos” (FOUCAULT, 2004, p. 271).

Diferentemente do que se poderia imaginar, o cuidado de si não está em oposição ao cuidado com o outro, mas é o cuidado de si que regula as relações com o outro. Como vemos, conhecer os próprios afetos, os efeitos de poder dos lugares que ocupa, as verdades e os valores que nos atravessam, “as prescrições que embasam nossa conduta, os modelos de humano que reproduzimos e as concepções de vida e saúde em jogo nessa reprodução são atividades indispensáveis ao cuidado de si” (ANDRADE; GIVIG; ABRAHÃO, 2018). Foucault aponta que, ao administrar os espaços de poder presentes nas relações, deve-se evitar o máximo os estados de dominação, “nos quais as relações de poder, em vez de serem móveis e permitirem aos diferentes parceiros uma estratégia que os modifique, se encontram bloqueadas e cristalizadas” (FOUCAULT, 2004a, p. 266), pois impedem o movimento nas relações e diminuem as possibilidades de construções de diferentes normas de vida para si àqueles que estão envolvidos.

Nesse sentido, a compreensão do sujeito a partir das técnicas de si implica uma noção de sujeito que inclui a transformação, a ideia de um sujeito que pode se construir, que se produz através de práticas de si, exercícios que oferece para si mesmo modos de ser e estar no mundo, que pode inventar modos de andar a vida (GROS, 2008, p.128). Portanto, ao não aderir aos cuidados no CAPS, estariam esses usuários construindo outros modos de cuidado de si? Teriam abandonado os cuidados ofertados nos serviços ou poderiam ter encontrado outros modos de cuidados mais afeitos a suas vidas?

Ao esquadrihar o processo de subjetivação em Foucault, Deleuze (2005) percebe o sujeito imerso em um campo onde as relações de poder em jogo tendem a normatizá-lo. Entretanto, o sujeito em vários momentos é também ponto de resistência a esses fluxos subjetivantes. Assim, o sujeito não permanece totalmente

ileso diante das forças que o atingem, pois “resistir significa ser afetado” (GALVÃO, 2014). Assim, o cuidado de si pode ser tomado como uma potência instituinte, já que pode fazer emergir as falhas nessa estrutura moldada por estratégias de poder, os pontos no diagrama de poder que oferecem resistência, que escapam. E no fim desta equação de forças e fluxos, o quanto de si esse sujeito mantém? O quanto o sujeito se afasta de si ao sofrer diversas interferências de forças “de fora”, por vezes, tomando os padrões morais impostos como modos padronizados de vida?

Consideramos que as aproximações entre produção de saúde e as análises de Foucault nos provocam para um modo ético de operar o saber no campo da produção do cuidado, interrogando assim nossos especialismos e seus efeitos de verdade e poder. Tais efeitos de objetificação do outro e de nós mesmos são, muitas vezes, negligenciados no cotidiano das práticas em saúde (ANDRADE; GIVIGI; ABRAHÃO, 2018), configuram-se como práticas que “falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida. O especialismo produz uma escuta surda, por erigir o cuidado como tarefa exclusiva do profissional de saúde, deixando ao usuário o lugar de objeto de sua ação” (HECKERT, 2007, p. 08). Caberia, portanto, questionar: a clínica que colocamos em ação tem caminhado na direção de práticas de normalização ou na de práticas de construção de modos de vida mais autônomos?

Nesse sentido, o itinerário terapêutico tem sido um dos conceitos centrais em estudos sócio-antropológicos da saúde, num intento de explicar atividades desenvolvidas pelas pessoas para buscar tratamento à alguma doença ou aflição.

Segundo Alves (2016), algumas pesquisas sobre itinerários terapêuticos não levam em consideração que o cuidado à saúde não se restringe à busca por um tratamento, mas envolve primordialmente o “desenvolvimento de arranjos, estratégias e estabelecimentos de redes sociais que são constituídas no processo de lidar com a ‘doença’” (p. 136).

O itinerário terapêutico compreende experiências de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidados, construindo trajetórias em diferentes redes que possam lhes dar sustentabilidade nessa experiência. Ao olhar para o itinerário e as redes que o compõem, podemos perceber o papel dos encontros possui (RUIZ; GERHARDT, 2016).

Pesquisar itinerários terapêuticos e aos atores sociais que os constituem vai ao encontro do comprometimento desta pesquisa em dar “visibilidade para a

pluralidade de saberes, demandas e práticas no cuidado em saúde” (PINHEIRO et. al, 2016, p.13), em dar visibilidade às redes de conversações que compõem as redes de trabalho afetivo (TEIXEIRA, 2004). Os usuários tomados como atores de um “agir leigo”, como chamou Cecílio et. al (2014a), vão produzindo “mapas de cuidado” que nos revelam diferentes arranjos possíveis nessa rede de cuidado que vai sendo tecida. E é nesse embalo que se abre a possibilidade de embarcar (ou não) na experiência de cogestão do cuidado entre equipes e usuários.

O que a “não adesão” destes serviços pode apontar quanto aos fluxos e movimentos constituintes da RAPS? Interessa compreender como outros atores sociais, em particular os usuários, atuam na regulação da rede na busca pelo cuidado em saúde. A partir destas perguntas, nos propusemos a acompanhar os entrecruzamentos dos itinerários terapêuticos e de vida destas pessoas. Os usuários do SUS que não chegam ao CAPS, que outros fluxos e possibilidades de vida podem se apresentar neste “perder-se na rede”? Poderia falar também de barreiras de acesso? Sendo saúde entendida aqui como arte de criar e afirmar novos modos de estar no mundo, trata-se de buscar compreender que respostas as pessoas constroem para suas vidas.

4.1 “Mas ele(a) não adere!”, “é resistente!”

No cotidiano do CAPS, é comum escutarmos frases como essas para referir usuários que não se vinculam ou se vinculam precariamente ao serviço: “ele não adere”, “é resistente”, “não aceita o que o serviço propõe”, etc. Nesse sentido, a “não adesão” do usuário em saúde mental parece se enlaçar com o conceito de “resistência”, não tomada como negação ou rejeição do cuidado ofertado em estabelecimentos assistenciais, mas sim, ao nos indagar o que isso pode dizer sobre a corresponsabilização do usuário que lida com suas questões de saúde mental.

Na obra de Freud, o conceito de resistência se delineou como uma força que se impõe como obstáculo ao tratamento, contra qualquer transformação subjetiva que adviria da análise, pois existem “forças poderosas que se opõem a qualquer modificação na condição do paciente” (FREUD, 1996, p. 300). Seria esse o sentido tomado inicialmente pela equipe do CAPS?

Por esse viés psicanalítico, ao mesmo tempo em que é obstáculo contra qualquer tipo de mudança psíquica, se a resistência for interpretada e trabalhada, ela também se caracteriza como um meio através do qual uma transformação subjetiva pode acontecer. Ou seja, a resistência é também ferramenta para a mudança. Nesse sentido, a noção de resistência contém tal característica paradoxal (VENTURA, 2009).

Inspirados no conceito de resistência na obra de Foucault, é possível pensá-la como diretamente relacionada com a produção do novo e da diferença nos processos de subjetivação. Podemos dizer que a resistência não se trata de um contrapoder ligado a uma “grande recusa”, mas de resistências plurais e locais, pois onde existisse poder, existiriam resistência e possibilidade de luta. A resistência “não é anterior ao poder que ela enfrenta. Ela é coextensiva a ele e absolutamente contemporânea [...] Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele” (FOUCAULT, 1979, p. 241).

Foucault (1979) define a resistência como uma força inventiva, uma força propulsora de vida, e produtiva na luta contra a submissão das subjetividades. Desta forma, tomamos o conceito de resistência em sua potência de produzir novas formas de subjetividade, pela recusa das individualidades que foram impostas historicamente, da imposição de modos de vida enrijecidos e tutelados.

Nesse estudo, usamos o termo resistência como força que impele ao sujeito construir uma nova existência, partindo do pressuposto de que a “adesão” a um serviço ou oferta de cuidado em saúde mental sempre será parcial. O que vemos nesse cenário é uma tensão entre o que podemos chamar de uma pretensão em produzir um ‘usuário ideal’, aquele disciplinado que se guia por modos de cuidado de si padronizados, e o ‘usuário real’, que subverte as regras de racionalidade impostas pelos administradores, constituindo um itinerário de cuidado como usuário mais autônomo, nômade e que faz escolhas (CECÍLIO et. al, 2014b, p. 53).

Segundo Romagnoli et al. (2009), mapear os pontos onde ocorre captura dos fluxos inventivos também nos leva a possibilidade de rastrear focos de resistência biopolítica à reprodução e serialização no cotidiano das práticas dos serviços da rede de saúde mental. Não dizemos aqui que não deve existir essa espécie de “cardápio” das possibilidades que o CAPS oferece, pois não fazemos clínica sem oferta. Mas é permitido ao usuário expressar quais tipos de atividades ou atendimento não gosta ou não quer fazer? Como partir de um cardápio de possibilidades sem, ao mesmo tempo, fechar-se nele? E aqueles que “não aderem” estariam, em suas itinerâncias, construindo outro tipo de cuidado de si? Afinal, entre a oferta dos serviços e a demanda dos usuários, o que tem sido produzido?

Ao transversalizar esses questionamentos sobre não adesão ao conceito de clínica que falamos aqui, entendemos que clinicar não se reduz a simplesmente aplicar ou introduzir protocolos específicos de atendimento frente à situação que o usuário vive e esperar que ele responda com as possibilidades binárias de apenas sim ou não. Pasche (2010) sugere que clinicar é, em alguma medida, submeter o protocolo à condição de instrumento-guia, o que não é o mesmo que tomá-lo como único guia. Nesse sentido, clinicar demonstra ser uma atividade subversiva: se apoia, mas enfrenta e afronta a regra. Não seria aqui o verbo resistir aliado como potência instituinte de produção de vida e cuidado?

Por outro lado, também ressaltamos que negar radicalmente a regra poderia produzir somente caos, visto que nenhum resultado seria capaz de ser mensurado quando qualquer efeito é esperado. Portanto, a clínica envolve uma relação dialética entre o controle e a autonomia (PASCHE, 2010).

5. As ferramentas de navegação

Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa: 'Navegar é preciso; viver não é preciso' (Pessoa, 2004, p. 841)

Como é possível traduzir a pluralidade da vida, dos processos e das relações produzidas nos itinerários terapêuticos dos sujeitos? Esta pesquisa constitui-se de um estudo de natureza qualitativa para o qual tomo em minha caixa de ferramentas, estratégias e instrumentos propostos no método da cartografia.

Como método de pesquisa, a cartografia foi, originalmente, pensada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (2011), no contexto da esquizoanálise. Para os autores, os modelos de pesquisas disponíveis à época, de cunho eminentemente demonstrativos-representacionais, não davam conta do teor processual da realidade em foco em seus estudos, já que falamos aqui de processos e produção de subjetividade. A cartografia propõe identificar possíveis conexões e articulações, para assim explicitar “a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS; KASTRUP, 2012, p. 57).

A cartografia se caracteriza por abarcar a complexidade dos fenômenos, investigar os coletivos de forças presentes em cada situação e processo de subjetivação. Desse modo, a cartografia pode evidenciar a busca de uma forma diferente de trabalhar as problemáticas da produção no campo social, possibilitando observar as conexões e tensionamentos entre acontecimentos, conceitos e afetos nos desenhos e marcas que se produzem em nosso tecido social (ROMAGNOLI, 2009).

Percorrer o caminho com a cartografia nos lança no campo dos afetos circulantes, nos lança num movimento de composição a partir do e com o território estudado. Cartografar é, portanto, “habitar um território existencial” (BARROS; KASTRUP, 2012, p.57). Esta escolha metodológica justifica-se por auxiliar no acompanhamento do traçado ou das linhas que compõem o plano de intervenção, oferecendo dados da realidade dos sujeitos e da própria rede de saúde que pretendemos delinear e fortalecer.

O conceito socioanalítico do analisador emerge como estratégico na proposta cartográfica, tornando possível o delineamento do campo de pesquisa. Através desse conceito, que cumpre a função de trazer à tona as formas instituídas, dá-se

abertura para as forças voltadas para a desinstitucionalização das relações e para a desarticulação das formas de opressão que se escondem nas forças instituídas (LOURAU, 1993, p. 156).

O analisador pode ser tomado tanto como o evento que denuncia algo, quanto aquele portador da potência da mudança (ROSSI; PASSOS, 2014). Para os institucionalistas, a sociedade deve ser vista como um "tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens" (BAREMBLITT, 2002, p.29).

Para Romagnoli (2009), a análise institucional se coloca a pensar uma dinâmica coletivo-institucional na qual os atores estão implicados e atravessados por vetores ou forças determinantes que atravessam seja o analista, seja o analisando. Há aí a necessidade de dar conta de uma dinâmica de relação na qual posições bem localizadas não têm mais lugar. O que interessa, portanto, é propor um olhar para "a dinâmica instituinte que deve ser acessada pela análise das instituições. Todo trabalho de intervenção visa essa dimensão inconsciente das instituições" (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 22).

O conceito de instituição utilizado neste trabalho refere-se à definição socioanalítica, em que as "instituições são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação, podem estar expressas em leis, princípios ou fundamentos, em normas ou pautas" (BAREMBLITT, 2002, p. 177).

Sabemos que no encontro do pesquisador com o "objeto", várias forças estão presentes, portanto nesse encontro ambos se modificam, ambos tornam-se diferentes do que eram. Nessa pesquisa, ao "pesquisar com" os usuários da saúde mental, em detrimento da ideia de "pesquisar sobre" ele, ignoramos a falácia da neutralidade na produção científica, reconhecendo nesses encontros a influência do pesquisador em relação aos caminhos e resultados encontrados. Para Zambillo (2015, p 135), "pesquisar *com aquele para quem* a pesquisa seria destinada não a torna mais ou menos verdadeira, mas mais próxima dos interesses dos que são atingidos diretamente pelos conhecimentos produzidos (usuários, familiares e trabalhadores)".

Na própria RAPS, nosso objeto de estudo, há uma rede de serviços oficialmente instituída pelo governo, além de regras quanto aos fluxos e formas de atendimentos que podem modificar um pouco conforme o município. Em Porto

Alegre, por exemplo, os CAPS não funcionam com “porta aberta”, recebendo demanda espontânea da população, assim, os usuários devem ser avaliados primeiramente no posto de saúde de seu território, que então encaminhará para o CAPS caso a necessidade se confirme.

Perguntamo-nos o que acontece com esse usuário que, mesmo avaliado como necessitando da atenção especializada que o CAPS pode proporcionar, não comparece ao acolhimento nesse serviço, ou se comparece em alguns atendimentos, produz uma vinculação precária e não frequenta o local.

Para acessar as estórias desses usuários, escolhemos utilizar entrevistas semiestruturadas e buscamos convergir em testemunhas destas. Gagnebin (2006) amplia o conceito de testemunha, definido como não somente aquele que vê com os próprios olhos, mas como alguém que consegue ouvir a narração, por vezes insuportável, do outro. Assim, elaboramos um roteiro de perguntas-guia (ANEXO 1) baseadas nas observações do campo durante o processo de pesquisa, sendo acrescentadas outras questões à medida que a escuta e o laço estabelecido com os usuários demandasse. Essas entrevistas foram gravadas e transcritas, com o consentimento dos participantes da pesquisa.

Acompanhar essa processualidade é a proposta metodológica da cartografia. O mapeamento de um território, de uma realidade vai se processando no traçado de linhas que expressem o seu movimento e suas intensidades e suas conexões. Entendemos que para a pesquisa cartográfica é importante o registro das visitas e das atividades que se desenvolveram durante a pesquisa, tanto informações específicas quanto impressões que emergem nesses encontros com o campo. Esses relatos constituíram um ‘diário de campo’, buscando descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos (BARROS; KASTRUP, 2012).

O que nos propomos nesta pesquisa é cartografar, a partir de elementos que produzam visibilidade de processos e afetos produzidos, os itinerários dos deslocamentos dessas pessoas que têm nos dado pistas de outros modos de experimentar a rede de saúde mental.

5.1 Por onde começamos

Esse projeto de mestrado insere-se num projeto multicêntrico maior intitulado “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras”, registrada na plataforma Brasil 53935516.6.1001.5347, através da aprovação do mesmo no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, número 1.499.616.

A Pesquisa Inquérito pretende analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso e suas conexões relacionados às redes de Atenção Especializada. Esta integra pesquisadores e grupos de pesquisa de sete universidades em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Campinas (SP), Fortaleza (CE), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS).

Os dados quantitativos foram produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental, nas quatro regiões. Para a produção do material qualitativo, foram realizados grupos focais com profissionais e usuários dos serviços, análise de prontuários e entrevistas em profundidade para o delineamento de itinerários terapêuticos singulares de alguns usuários selecionados.

O campo de Porto Alegre está sob responsabilidade do Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC), da UFRGS. Os dados em análise contam com entrevistas feitas com usuários de quatro CAPS Adulto tipo II de Porto Alegre, e ainda, levantamentos a partir de informações disponíveis nestes serviços, como livros de registros, sistemas de informação e prontuários.

Alguns levantamentos realizados na Pesquisa Inquérito identificaram que grande parte desses usuários encaminhados não comparece ao acolhimento no CAPS, ou vai apenas aos primeiros atendimentos, sem dar continuidade ao projeto terapêutico que se produziu. Esse dado passou a ser considerado, neste contexto, nosso analisador das instituições saúde, loucura, serviços, reforma psiquiátrica, entre outras componentes desta investigação. É para este analisador que dirijo meu olhar como pesquisadora.

Esta pesquisa de mestrado propõe um recorte nos dados relacionados especificamente à Saúde Mental, a fim de ampliar a compreensão do funcionamento da Atenção Básica (AB) nos aspectos que se articulam à RAPS. O campo de

pesquisa escolhido refere-se à RAPS, na cidade de Porto Alegre, alinhando e percorrendo os traçados que esta rede suporta ou potencializa.

Buscamos aqui contextualizar o campo de pesquisa, seus entrelaçamentos com os arcabouços conceituais a partir dos quais nos colocamos a pensar o trabalho em rede no território. O município de Porto Alegre possui 1.479.101 habitantes, segundo dados de estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018). Compõe o território de abrangência da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, na Região de Saúde de nº 10 e é responsável pela gestão de todos os serviços sob o seu território, sejam eles próprios ou de prestadores públicos ou privados. A cidade conta hoje com uma rede organizada de atenção básica, especializada e hospitalar, incluindo serviços de urgência e emergência (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018).

Em sua organização territorial geográfica, o município de Porto Alegre é dividido em 16 Distritos Sanitários (DS), que compõem a divisão em 8 Gerências Distritais (GD), estas são: Centro, Noroeste-Humaitá/ Navegantes-Ilhas, Norte-Eixo Baltazar, Leste-Nordeste, Partenon-Lomba do Pinheiro, Glória-Cruzeiro-Cristal, Sul-Centro Sul e Restinga-Extremo Sul. Estas Gerências Distritais se interrelacionam com muitos núcleos de trabalho da gestão municipal de saúde, transversalizando todos os níveis de atenção (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018).

A divisão territorial das áreas administrativas da saúde não coincide com a forma de organização de outros setores. Setores como Educação e Assistência Social, por exemplo, têm suas próprias divisões territoriais. A falta de correspondência na organização dos territórios administrativos gera dificuldades para a articulação intersetorial de ações.

Porto Alegre tem 12 equipes de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo quatro CAPS II, três CAPS infanto-juvenil, dois CAPS AD II e três CAPS AD III. O território da cidade é assistido pelas 141 Unidades de Saúde de Atenção Básica. No Apoio Matricial, há 8 NASF; 8 Equipes de Saúde Mental Infantil e Adolescente (ESCA) – uma para cada gerência distrital; e 8 Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMA) – também uma para cada gerência distrital (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018).

Os CAPS estudados pela Pesquisa Inquérito são do tipo Adulto, destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para municípios com

população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011). Dois desses CAPS são geridos por grupos hospitalares de âmbito federal (Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre), constituindo um formato diferenciado dos outros dois CAPS, que respondem diretamente à gestão municipal. Entretanto, em tese, todos se articulam pela gestão da Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Sob gestão e gerência da SMS está a regulação do acesso da população “às unidades de saúde sob gestão municipal e, quando pactuada, todos ou parte dos estabelecimentos sob gestão estadual, no âmbito do município, garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação” (BRASIL, 2016, p. 205). Para seguir falando do acesso aos serviços da rede, temos que falar do conceito de regulação assistencial, que é entendida como

disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de complexos reguladores, articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos, além das ações de avaliação e controle (BRASIL, 2002).

A regulação denominada como governamental refere-se àquela que vai sendo produzida pelo “arsenal jurídico instituinte do SUS”, baseada nos “princípios de direitos e cidadania, com especial ênfase para as dimensões de universalidade (acesso universal para todos os cidadãos) e equidade (com adequação de cuidados particulares a necessidades específicas)” (CECÍLIO et. al, 2014a, p. 1504). Nesse sentido, a regulação “formal” seria de competência governamental, pretendido como ordenador do acesso.

Embora alguns equipamentos, sobretudo os CAPSad e CAPS adIII atendam demanda espontânea e encaminhada, a Atenção Básica configura-se como a principal porta de entrada na RAPS de Porto Alegre. A partir dela que são acionados outros serviços da rede: um usuário atendido na atenção básica que precise de avaliação/cuidado na atenção especializada passará pela instância do Apoio Matricial via NASF, ou pelas Equipes de Referência de Saúde Mental (ESCA ou ESMA).

Na página oficial da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (s.d.), no que se refere às formas de acesso dos usuários ao atendimento em saúde mental, encontramos o seguinte:

Para os **casos agudos de transtornos maiores de saúde mental, os quais destaca-se problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, surtos psiquiátricos e outros agravos psíquicos**, os **serviço de emergência em Saúde Mental** são porta aberta e funcionam durante às 24 horas do dia [grifo do texto original]. (...) Caso seja apresentado um problema com gravidade maior que a capacidade de atendimento do serviço de emergência em Saúde Mental, o usuário será encaminhado para internação em leitos hospitalares de Saúde Mental, por meio da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS). Do contrário, serão referenciados para atendimento pelas Unidades de APS, que farão o acolhimento e, se necessário, o encaminhamento para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Esse trecho nos leva a perceber que são consideradas como principais portas de entrada para a RAPS, os serviços de emergência em saúde mental e as unidades de Atenção Primária ou Básica em Saúde. Entretanto, o Ministério da Saúde propõe que, necessitando de atendimento num CAPS,

pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora. Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento (BRASIL, 2004, p. 15).

Vê-se que, diferentemente do que é preconizado na Política de Saúde Mental, os CAPS em Porto Alegre não se organizam para ser porta aberta às demandas de saúde mental do território.

No que concerne aos encaminhamentos para o CAPS via AB, muitos deles são feitos através do matriciamento, quando integrantes das equipes da AB participam de reuniões nas dependências do CAPS. O matriciamento configura-se como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada. A proposta tem como objetivo transformar a lógica de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva à população (CHIAVERINI, 2011).

O apoio matricial ou matriciamento tem papel estratégico como organizador das ações de Saúde Mental na AB (BRASIL, 2004). Além disso, pode ser ferramenta em prol da humanização tanto na atenção quanto na gestão em saúde (BRASIL, 2010). Campos (1999) introduz a ideia do apoio matricial como arranjo organizacional do trabalho em saúde e altera os modos de trabalhar a partir da interconsulta e dos sistemas de referência e contrarreferência, sugerindo que a equipe de referência seja composta por equipe multiprofissional responsável por um território, desenvolvendo desenhos de projetos terapêuticos com trabalhadores de outros serviços da rede, comumente da AB, e a aproximação com o usuário e a família.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (BRASIL, 2011).

Nos CAPS de Porto Alegre, conjuntamente ao sistema de matriciamento que se dá com reuniões entre equipes dos CAPS e da AB, coexiste um sistema de encaminhamentos para atendimento em saúde mental nos CAPS, que é organizado através do registro em um caderno (“cadernão”, como nomeado nos serviços pesquisados) onde são agendados os acolhimentos. Assim, esse registro inclui usuários que foram acolhidos em algum dos pontos da RAPS, e por serem avaliados em sua necessidade de cuidado especializado em saúde mental, foram encaminhados para o atendimento no CAPS. Os CAPS também recebem encaminhamentos de usuários vindos de serviços dos demais níveis de complexidade.

Neste estudo, incluímos um subgrupo específico que não foi incluído na Pesquisa Inquérito, qual seja, os usuários que foram encaminhados para atendimento em saúde mental, porém, não estão vinculados ao serviço a que foram enviados. Portanto, inicialmente, tomamos como analisador a “não adesão” aos CAPS pesquisados. Sobre estas pessoas encaminhadas para o CAPS e que não chegaram ao serviço, perguntamo-nos o que aconteceu neste caminho? Acharam outros modos de cuidar de si mais afeitos a suas vidas? Que redes de cuidado

esses “quase usuários do CAPS” construíram para si? Desistiram? Ou alguns nós dessa rede foram perdidos?

Propomos aos sujeitos uma nova questão, como desdobramento das reflexões surgidas a partir da Pesquisa Inquérito, a respeito dos modos de relação e adesão que os componentes da RAPS e seus usuários estabelecem entre si. Houve a confecção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) descrevendo as principais informações e objetivos desta pesquisa, por entendermos este documento como não apenas um importante contrato ético, mas também um contrato de relação com os sujeitos envolvidos. Cada usuário que se dispôs a participar da pesquisa assinou o TCLE (ANEXO 2), em duas vias, ficando uma destas em posse do participante voluntário da pesquisa, e outra com a pesquisadora.

Os passos desta caminhada pesquisadora não estavam dados a princípio, eles foram se construindo a partir do percurso, à medida que ia seguindo pistas que o próprio campo de pesquisa apresentava. Nessas redes que foram sendo tecidas, pudemos experimentar a inversão metodológica proposta ao cartografar, quando é ao caminhar que se vai delimitando quais serão as novas metas (*hódos-meta*), os passos seguintes vão sendo construídos durante o caminhar (PASSOS & BENEVIDES, 2012). Assim, no próximo tópico, descrevemos como o campo de pesquisa foi se delineando.

5.2 Caminhando e adentrando bifurcações

Considerando que nosso campo de pesquisa insere-se na Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Porto Alegre, viu-se a necessidade de estabelecer um recorte para análise dos fluxos desta rede. Assim, foi escolhido um dos CAPS II estudados pela Pesquisa Inquérito que apresentou a existência do fenômeno da “não adesão”, no qual não havia nenhuma pesquisa relacionada a este tema ocorrendo, já que em alguns dos outros CAPS também foram realizadas pesquisas que resultaram dos desdobramentos da pesquisa maior.

Foi realizada uma análise documental do fluxo de acesso e atendimento desse CAPS, com base no material que a equipe técnica dos serviços pesquisados apelidou de “cadernão”, que consiste em uma lista de usuários encaminhados por vários pontos da rede para o atendimento em saúde mental. O levantamento realizado engloba os acolhimentos agendados nos anos de 2015, 2016 e 2017. O CAPS em questão iniciou a documentação dos acolhimentos em meados de 2014, entretanto, os registros deste ano encontram-se incompletos, pois, inicialmente, a equipe não anotava ali quem faltava ou remarcaria, foram aprimorando os modos de registro ao longo do tempo. Assim, optamos por excluir o ano de 2014 desta análise, entendendo que não seria fidedigna com a realidade daquele ano.

As páginas do “cadernão” foram fotografadas para, então, serem digitalizadas e analisadas. Alguns dos dados encontrados nesta sistematização estão nas tabelas apresentadas abaixo e se referem aos dados quantitativos obtidos a partir desse levantamento. Analisando a Tabela 1, encontramos os registros de acolhimento dos anos de 2015, 2016 e 2017. Em 2015, foram agendados 141 acolhimentos, entre 38 faltas nos acolhimentos e 04 remarcações ou cancelamentos, sendo que destes apenas 99 acolhimentos ocorreram efetivamente.

No ano de 2016, 127 acolhimentos foram agendados, entretanto, somente 94 ocorreram. Aconteceram 30 faltas nos acolhimentos e 03 remarcações ou cancelamentos. Já em 2017, dos 101 acolhimentos marcados, somente 64 aconteceram. Ocorreram 35 faltas nos acolhimentos e 02 remarcações ou cancelamentos.

Tabela 1 – Relação de acolhimentos no CAPS II por ano

Ano	Acolhimentos agendados	Acolhimentos que efetivamente aconteceram	Acolhimentos cancelados ou reagendados	Faltas em acolh. agendados	Pessoas a serem acolhidas	Pessoas que faltaram
2015	141	99	4	38	124	36
2016	127	94	3	30	118	29
2017	101	64	2	35	91	33

Há um grande número de faltas ou acolhimentos que acabam não acontecendo e, apesar do número de agendamentos ter diminuído, o número de faltas se manteve relativamente constante no decorrer dos anos pesquisados. Esse ponto corrobora exatamente o que nos chamou atenção inicialmente, já que a “não adesão” aos serviços de saúde mental, além de se manter, aumenta se pensarmos na proporção numérica de cada ano: em 2015, as faltas aconteceram em 27% dos agendamentos, em 2016, correspondem a aproximadamente 30% dos encaminhamentos agendados, enquanto em 2017, as faltas foram de aproximadamente 35% dos agendamentos.

Podemos observar também na tabela 2 que há um maior número de usuárias do sexo feminino, o que condiz com pesquisas que sugerem que o acesso aos serviços de saúde mental é majoritariamente do público feminino em relação ao masculino. Isto não significa, necessariamente, que as mulheres adoeçam mais do que os homens, pois também sabe-se que os homens acessam menos os serviços de saúde em geral, além da possibilidade de evitarem mais o reconhecimento do sofrimento psíquico em uma cultura machista que associa sofrimento psíquico a expressão de fragilidade, culturalmente bem aceito para o gênero feminino (CANETTO, 1997; SHER; TRULL, 1994; ZUCKER *et al.*, 1995; ZUCKERMAN, 1994).

Tabela 2 – Levantamento de acolhimentos conforme gênero

Ano	Gênero feminino	Gênero masculino	Total de pessoas que agendaram acolhimento	Total de pessoas efetivamente acolhidas
2015	67	57	124	88
2016	64	54	118	89
2017	51	40	91	58
TOTAL	182	151	333	235

Verificamos que há um decréscimo no decorrer dos anos avaliados do número de acolhimentos no CAPS. Podemos pensar a partir que tal decréscimo esteja relacionado aos modos de acolhimento às demandas de saúde mental da RAPS. É importante frisar que os fluxos atualmente propostos para a RAPS na cidade de Porto Alegre definem que os CAPS não podem funcionar como portas de entrada da rede. Daí decorre que o acesso ao atendimento no CAPS fica restrito aos encaminhamentos diretos de outros serviços da rede pública ou através das discussões de casos oportunizadas pelos encontros de matriciamento semanais na rotina do CAPS com as UBS.

Sabemos que a integração dos serviços e a coordenação do cuidado para organização dos sistemas de saúde pode reduzir a fragmentação da atenção, garantir a equidade no acesso e aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços (SALTMAN, RICO & BOERMA, 2006), ressaltando a importância da gestão da clínica e a continuidade do cuidado das condições crônicas. Alguns estudos defendem o estabelecimento da Atenção Básica como porta de entrada preferencial e como coordenadora do cuidado, o que significa a atuação dos profissionais por meio do mecanismo chamado de “gatekeeper”, no qual se analisa a possibilidade de resolução de problemas do usuário na UBS e, somente depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas no local, se encaminha para serviços de referência. Essa prática pode ser um sinalizador de qualidade e adequação da AB na rede, quando essa prática permite integração do cuidado entre os níveis de atenção, busca a resolução do problema do usuário com continuidade e não se caracteriza como barreira de acesso oportuno (STARFIELD, SHI & MACINKO, 2005).

Neste contexto da RAPS de Porto Alegre, os fluxos instituídos e a ferramenta do matriciamento serviriam para qualificar e organizar a triagem e acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico. O uso dessa lógica “gatekeeping” na organização de fluxos deveria facilitar o acesso ao cuidado em saúde mental a quem necessita dele. Mas essa organização tem, efetivamente, melhorado o acesso à saúde? Ou, ao contrário, ela poderia estar funcionando como um entrave ao acesso de alguns usuários?

Na tabela 3, podemos perceber que a forma de organização da rede vem modificando os fluxos dos encaminhamentos para o CAPS, o que parece indicar uma boa resposta na redução de encaminhamentos vindos da Atenção hospitalar. Além disso, há que se considerar os números referentes à Atenção Básica, pois em 2015, tais encaminhamentos compunham aproximadamente 24% do total de acolhimentos agendados no ano. Já em 2017, os encaminhamentos da AB chegam a aproximadamente 37% do número total de acolhimentos. No que se refere aos encaminhamentos pela Atenção Hospitalar, de 34% dos encaminhamentos em 2015, diminui para 23% do número total de acolhimentos agendados em 2017. Essa mudança pode implicar uma ideia de cuidado baseado no vínculo que se dá no tempo, longitudinal, e não ser disparado pela intercorrência ou momento de crise.

Ressaltamos que os números da tabela 3 diferem do total de encaminhamentos descritos na tabela 1 devido a algumas lacunas de registro do serviço de origem dos usuários no referido campo do próprio “cadernão”.

Tabela 3 – Serviços que deram origem aos encaminhamentos

Ano	Atenção Hospitalar	Atenção de Urgência e Emergência	Atenção Básica	Atenção Psicossocial Especializada	Estratégias de Desinstitucionalização	FASE
2015	48	4	34	50	3	0
2016	37	4	28	27	2	1
2017	23	2	37	22	0	0
TOTAL	108	10	99	99	5	1

Como vínhamos discutindo anteriormente, os CAPS aparecem como dispositivos estratégicos na organização da rede de cuidados, sendo que nessa organização considera-se imprescindível a realização de parcerias entre serviços de saúde e outros serviços da comunidade, pois nenhum serviço poderia resolver

isoladamente todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território (DELFINI et al., 2009). Assim, o funcionamento ideal é aquele que articule outros pontos das redes formais e informais de saúde mental.

Como afirma Teixeira (2004), o caráter intersetorial do trabalho em saúde é tomado como necessário, interessa-nos discutir como os equipamentos de saúde contribuem para essa “tarefa amplamente coletiva que é *produzir saúde*” (p. 2, grifo original do autor). Apesar disso, o levantamento dos acolhimentos agendados no CAPS demonstrou que os serviços de origem, aqueles que encaminharam os usuários, são quase exclusivamente da área da saúde ou de moradia, como alguns serviços residenciais terapêuticos da cidade. As únicas exceções foram um encaminhamento vindo da Fundação de Atendimento Sócio-educativo (FASE) no ano de 2016, e outro vindo do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), hospital que pode ser considerado anomalia do sistema de saúde, pois está ligado à Secretaria de Segurança.

A falta de encaminhamentos vindos de outros setores nos coloca a problematizar o que a dificuldade de colocar a intersetorialidade em prática pode indicar, já que o enfraquecimento do trabalho em rede tende a gerar sobrecarga em alguns pontos ou serviços. Ao considerar a produção de rede no âmbito dos serviços da saúde, o que vemos é a segmentação do cuidado em níveis de atenção (atenção básica, ambulatorial especializada e atenção hospitalar), cujos serviços têm baixíssima capacidade de gerir longitudinalmente os casos. A precariedade dos vínculos entre as equipes da AB, ambulatórios e hospitais produz uma série de efeitos danosos, podendo causar riscos para o paciente, gasto ineficaz, escassez recursos terapêuticos (PASCHÉ, 2010). Se entre serviços do mesmo setor encontramos essas relações de rede precárias, entre setores o desencontro parece ser maior ainda.

Tal fato demonstra que estamos operando a Reforma Psiquiátrica de modo restrito aos serviços de saúde, as propostas de desinstitucionalização parecem não ultrapassar as fronteiras sanitárias. Para Dimenstein e Liberato (2009), desta forma, trabalha-se com uma concepção muito limitada de rede, que acaba por criar um circuito delimitando por onde a loucura pode transitar, “estamos tomando-a como objeto específico da saúde, criando poucas possibilidades de reinserção social e de corresponsabilização pelas diversas políticas públicas”.

A intersectorialidade deve redirecionar as práticas do campo da saúde mental, este não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. O cuidado com as alianças intersectoriais tem papel importante para o estabelecimento de diretrizes, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, com participação de seus gestores e lideranças. Não há sentido na realização de colegiados e eventos que não contem com a participação dos parceiros intersectoriais. Além disso, a nível de regulação de acesso, o apoio matricial e o sistema de referência e contra-referência não podem mais ser pensados fora de âmbito intersectorial (BRASIL, 2010a).

Quando falta articulação dos diferentes serviços e apoios sociais, culturais e assistenciais, o que se produz são efeitos danosos como a sobrecarga dos trabalhadores de saúde, a burocratização das práticas e, ao invés de uma rede que possui múltiplas conexões como um rizoma, torna-se mais parecida com um circuito que se retroalimenta (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001). Nesse contexto, não há lugar para fluxos de experimentação de outros modos de ser e viver, o que torna possível apenas a reprodução de modos de relação homogêneos (DIMENSTEIN & LIBERATO, 2009).

Para iniciarmos o segundo momento da pesquisa, começamos a discutir com os trabalhadores do CAPS algumas questões quanto a melhor maneira de contato com estes usuários “não aderentes”, os quais muitas vezes, os próprios trabalhadores do CAPS desconheciam, já que alguns não participaram presencialmente de nenhum momento de acolhimento no serviço, além da questão relativa à segurança da pesquisadora nas incursões no território de abrangência do serviço. Tendo em vista estes fatores, a metodologia de abordagem dos usuários eleita para a pesquisa envolveu o diálogo com a equipe dos serviços de AB, para que os mesmos avaliassem a possibilidade da realização da entrevista e nos apresentassem ao futuro entrevistado.

O contato e as combinações com profissionais da AB foram acontecendo através de reunião de matriciamento com uma equipe da AB, que acontece no próprio CAPS, e por contatos telefônicos diretamente com as Agentes Comunitárias de Saúde de equipes da AB, pois houve cancelamentos frequentes das agendas de matriciamento no período de incursão ao campo de pesquisa: em parte do período das entrevistas, houve greves dos funcionários municipais como crítica ao parcelamento de salários e outras propostas que retiram direitos dos trabalhadores.

Assim, todo o contato com os entrevistados da pesquisa foi mediado pelas ACS de algumas UBS do território de referência do CAPS pesquisado. A partir daí, pude sentir a fluidez e potência que a capilaridade da Atenção Básica possui para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica, pois possibilita que as equipes estejam presentes nos territórios de vida, estabelecendo relações próximas com grande potencial de produção de vínculo de confiança, e com capacidade para sustentá-los ao longo do tempo (SIMONI et al, 2014), esse laço que as ACS mantêm com os usuários, fez com que o contato e a realização das entrevistas para a pesquisa fluíssem de forma ágil e tranquila.

Realizamos a busca ativa de alguns usuários que, segundo registros do CAPS, faltaram aos acolhimentos agendados. Entretanto, acabamos entrevistando também 2 usuários que não se vincularam ao CAPS, mesmo tendo comparecido aos primeiros atendimentos no serviço. Isso ocorreu devido a algum equívoco no registro feito no “cadernão” do serviço, o que denota a importância do cuidado em descrever a realidade do que acontece nos serviços, já que a partir destes que podemos avaliar o cuidado em saúde no local e também podem servir como ferramentas para solicitação de aprimoramento do que for necessário diante da gestão municipal, quando necessário.

Algumas perguntas perpassam essa análise: por que motivos estes usuários não chegam até o CAPS? E quando não chegam, que caminho de cuidado outro constroem para si? Traçam outros itinerários de cuidado que também lhes atendam? Sentem-se acolhidos em suas demandas de saúde por outros pontos da rede? Que pistas tais “desvios de percurso” podem dar acerca dos nós e entraves que dificultam a possibilidade de acesso a quem necessita de um cuidado especializado em saúde mental?

Com estes usuários foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conforme o roteiro-guia já citado. As entrevistas foram gravadas e transcritas, com o consentimento dos participantes da pesquisa. Foram entrevistados 6 usuários (cinco mulheres e um homem) com o objetivo de reconstituir, a partir das suas experiências em processos de adoecimento, como acessam e utilizam os serviços da rede. Os entrevistados são provenientes de 3 UBS diferentes devido a área de abrangência, e todos eles foram encaminhados através do matriciamento que tais unidades participam junto ao CAPS estudado. Lembramos que no modo instituído de encaminhamentos para os serviços da RAPS, se prioriza a porta de entrada pelo

matriciamento com as unidades de Atenção Básica, o que fez com que déssemos prioridade aos usuários que haviam sido referenciados para o CAPS através deste dispositivo conectivo da rede.

Além das entrevistas, utilizamos um diário de campo com apontamentos sobre as incursões a campo e impressões sobre esta caminhada pesquisadora que foi se construindo neste trabalho. A transcrição e a leitura das entrevistas nos levaram a novos analisadores sobre as redes de apoio que se produzem no cotidiano no que se refere à saúde mental, os quais serão discutidos nos próximos capítulos.

Os desdobramentos da discussão com a equipe do CAPS não serão apresentados neste trabalho. Os efeitos que os resultados da pesquisa tiveram para os trabalhadores não poderão ser incluídos neste momento por questões de cronograma. No entanto, serão realizados encontros com a equipe do CAPS para compartilhamento do trabalho. Já o funcionamento do serviço, a forma da equipe lidar com a lista de usuários no “cadernão”, compõem as observações da pesquisadora e as narrativas diarísticas ajudaram a compreender como se dá a vinculação dos sujeitos à RAPS.

6. Os percursos: o que se produz nas redes de conversação

Amanheceu uma terça-feira de chuva intensa o dia em que marcamos a primeira entrevista. A área de abrangência do CAPS possui bairros com características bem distintas: a Agente Comunitária de Saúde de uma Unidade de Saúde da Família me acompanhou ao longo do caminho, passamos por casas enormes, de dois, três andares, com seus jardins floridos e árvores frondosas, próximo a um shopping center. Mas o local de nosso destino era uma área como uma viela, repleta de casebres feitos em parte de alvenaria e a maior parte de madeira, separadas por apenas ruelas tão estreitas, nas quais não era possível andar com o guarda-chuva aberto.

Mesmo sendo previamente agendada, senti como se não tivesse me preparado para a entrevista. Ao chegarmos onde mora a usuária entrevistada, nos deparamos com uma casa muito pequena, de um cômodo e um banheiro, extremamente úmida e com o corredor de acesso originalmente de chão batido, agora com tanta chuva era apenas barro escorregadio, com pequenas tábuas para fazer a travessia.

Fomos atendidas pela usuária quando ela estava com os filhos aninhados na cama, enquanto eles assistiam desenho animado na TV. As crianças, um menino e uma menina, com idades que imagino entre os 3 e 6 anos. Não havia muitos móveis, a ACS sentou-se no único banco disponível, enquanto eu aceitei o convite de sentar na cama junto da família. Esse foi o cenário da primeira entrevista.

É nas entrevistas, nas errâncias no território de vida dos usuários que o exercício do encontro com a diferença se torna intensivo. Frente a frente, testemunhar implica legitimar a emergência de uma produção feita de restos de memórias. Algo que escapa, algo de novo que se produz... Baptista (2009, p. 28) afirma que, “na contingência urbana dos encontros, nada está concluído, estável ou sereno”. A própria cena da primeira entrevista nos fez ter o cuidado de delinear o *setting* das próximas: mesmo sendo em seu local de moradia, é importante proteger o máximo possível o usuário de qualquer constrangimento, evitando que houvesse alguém, seja da família ou a Agente Comunitária de Saúde, junto no mesmo ambiente durante a entrevista.

Como discutido anteriormente, compreende-se o usuário como corresponsável de seu cuidado em saúde, ultrapassando a noção reducionista do

usuário como aquele que é “objeto” da intervenção terapêutica, para uma postura ativa frente ao que ele constrói como cuidado de si. Não é possível desconsiderar a mobilização dos processos subjetivos na atenção em saúde, que engloba inúmeros fatores que se colocam em cena no encontro entre profissional e usuário.

As narrativas que surgiram nas entrevistas recontavam histórias de vida que diziam de dores, de fragilidades, de medos, mas também traziam à tona possibilidades criativas inventadas, novos modos de viver, de re-existir. Como bem disse Guimarães Rosa, “também as estórias não se desprendem apenas do narrador, sim o performam: narrar é resistir” (ROSA, 1952).

Nesses encontros entre pesquisadora e usuário, vão se constituindo possíveis pontos de encontro e outros tantos de dispersão que vão compondo sentidos, produzindo conhecimentos. Com a releitura do material e análise das entrevistas, foram sendo percebidos sentidos que se repetiam e se mostravam como pontos que o usuário considerou como afirmativos de seu itinerário de cuidado, ou como pontos que fizeram modificar a rota de tal percurso como este se desenhava até então. Realizamos um processo de articulação que resultou na organização de eixos temáticos que, a partir daqui, serão descritos para sistematizar os principais dilemas, criações e modos de enfrentamento com que as pessoas têm inventado seus itinerários de cuidado em saúde mental.

6.1 Encontro usuário-serviço

“eu já vinha me tratando com cardiologista pelo convênio, como ele tava acertando comigo, eu não quis trocar. Porque ele era uma pessoa assim [...] Ele era cardiologista, mas ele de longe notava se eu tinha qualquer coisa, daí ele pegou e me encaminhou pra uma psicóloga” (Participante Salete⁸).

Com esta fala, uma participante da pesquisa anunciava um ponto importante sobre o cuidado em saúde mental: a produção de bons encontros. Para Espinosa (2009), o conhecimento parte do corpo, esse que sente, que é afetado, que está no mundo e se relaciona com outros corpos. Por isso, se considera a importância de conhecer seus afetos e, através do conhecimento, poder lidar com eles de outra forma, mais capaz de agir no mundo.

Comentamos anteriormente que Espinosa nos apresenta uma ciência dos afetos, em que nossa potência de agir, nossa potência de vida é aumentada ou diminuída a partir do que experimentamos nos encontros que temos. Assim, num encontro, as relações podem se compor de modo a aumentar nossa capacidade de agir: um afeto de alegria acontece quando uma afecção nos leva para uma potência maior de ser e estar no mundo, quando encontramos um corpo que coloca em jogo características que compõem com as nossas. Já um afeto de tristeza, acontece quando um encontro nos leva para uma condição de menor potência, assim, “afecções à base de tristeza se encadeiam, portanto, umas nas outras e preenchem nosso poder de ser afetado. Elas o fazem, porém, de tal maneira que nossa potência de agir diminui cada vez mais e tende para seu mais baixo grau” (DELEUZE, 1992a, p. 166).

Em todas as entrevistas foram descritos o que podemos chamar de bons encontros e maus encontros com os serviços e com alguns de seus profissionais.

“Foi uma coisa bem complicada a última vez que eu estive ali no posto e que estava em crise e a enfermeira da triagem ali ‘ah, mas tu não pode desistir’. Mas se eu estou aqui no posto, eu estou procurando ajuda, acho que não faz sentido. Acho que tu tem que ser melhor preparada pra lidar com o psicológico das pessoas. Desde 2005, que foi o primeiro episódio assim, uma crise mais forte, tu não acha que é luta suficiente? Então, não sei o que que é. Eu acho que as pessoas não estão capacitadas para lidar com essas coisas. O enfermeiro tá acostumado a lidar com a doença física, com a patologia física, não com a patologia psicológica”. (Participante Anna)

⁸ Para manter a confidencialidade dos entrevistados, usamos nomes fictícios para identificá-los.

No caso acima, o que pareceu configurar-se num mau encontro ou momento de expulsão significou também barreira de acesso ao cuidado no serviço mais próximo, em seu território: a participante mantém seu tratamento em um dos hospitais da cidade, com psiquiatra. Assim, um tratamento que poderia estar sendo realizado no próprio posto de saúde ou no CAPS, ocorre num serviço de atenção hospitalar público, mesmo não se tratando mais de um momento de crise no quadro de saúde desta usuária.

Muitas vezes, os estabelecimentos de assistência à saúde que povoam o deserto, em verdade reproduzem e perpetuam o próprio deserto, de modo mais subterrâneo e invisível: vemos imperar a fragmentação das necessidades e das demandas, a privatização e solidão do sofrimento cotidiano, o peso dos vínculos e procedimentos burocráticos, respostas institucionais que cristalizam as necessidades, a expropriação e o empobrecimento da vida que a condição de usuário comporta. O que nos deixa diante de histórias semelhantes às do manicômio (ROTELLI *et. al*, 1990). Por entendermos que produzir saúde envolve aumentar nossa capacidade de criar novas normas para a vida, efetuando a potência de ser e estar no mundo, é natural que busquemos modos de aumentar essa potência por meio de bons encontros, de expandir nossas possibilidades de conexão.

Deleuze, ao discorrer sobre as teorias de Espinosa, afirma que o homem sensato e livre faz tudo o que está em seu poder para experimentar paixões alegres, essas advindas dos bons encontros. Portanto, tende a “organizar os bons encontros, compor sua relação com relações que combinam diretamente com a sua, unir-se com aquilo que convém com ele por natureza, formar a associação sensata entre os homens; tudo isso, de maneira a ser afetado pela alegria” (DELEUZE, 1992a, p. 180).

Nesse sentido, o uso do termo “não adesão” ao CAPS coloca em cheque o que fomos falando ao longo desse trabalho sobre a proposta do trabalho em rede no território, desconsiderando o papel do usuário como corresponsável na construção de seu cuidado. A produção de saúde implica um campo de disputa, de negociação entre as pessoas envolvidas, e em consonância com Espinosa, a sociedade como um todo é pensada como

o conjunto das condições sob as quais o homem pode efetuar sua potência da melhor maneira. Portanto, não é de forma alguma uma relação de obediência [como no pensamento político hobbesiano]. A obediência virá como algo mais e deverá ser justificada pelo fato de que ela se inscreve num sistema em que a sociedade só pode significar uma coisa, a saber: o melhor meio para o homem efetuar sua potência (Deleuze, 1992a).

Quando uma pessoa busca atendimento para lidar com alguma questão da vida ou algum adoecimento, temos em mente que cada sujeito tem de lidar com certas restrições de liberdade no seu cotidiano para construir modos de andar na vida. Quando o trabalhador prescreve alguma conduta, seja clínica ou não, “é sempre uma solução para quem prescreve e problema para quem recebe” (PASCHE, 2010), pois alterações de conduta requerem reposicionamentos, nem sempre possíveis nos prazos e intensidades desejados. Prescrever dietas ou exercícios físicos, por exemplo, são alterações na vida que convocam novas atitudes, novos comportamentos que podem se referir a mudanças enormes em relação aos modos de vida mais enraizados nos sujeitos. Uma solução posta pelos trabalhadores da saúde pode criar uma dimensão de problema para os usuários. Cabe pensar que o usuário realiza atos performáticos de si, que configuram em certa medida negociações consigo mesmo para produção de práticas de cuidado de si. A noção de adesão a um serviço, ou seja, o usuário cumpre ou não o que lhe é prescrito, desvaloriza o olhar para o usuário como sujeito desejante e inviabiliza o cuidado como produtor de autonomia, reafirmado pelas lutas da Reforma Psiquiátrica.

A regulação denominada como governamental, considerada o que podemos chamar de regulação “formal” e pretendida como ordenadora do acesso aos serviços demonstra ser apenas uma das possibilidades de produzir saúde (CECÍLIO *et. al*, 2014b). Esses mecanismos de regulação nem sempre respondem às necessidades do território, nem todos os atores sociais envolvidos (sejam eles trabalhadores, equipes, gestores, o próprio usuário e seus familiares) atuam de acordo com isso, quebrando ou mudando as regras do jogo, e assim, instituindo novos modos de regulação, novos itinerários antes impensados.

As narrativas dos entrevistados reafirmam a existência de outras lógicas de regulação, para além da governamental, que resultam na produção do cuidado. Tomamos a regulação como campo de conflitos e disputas, extrapolando a ideia de um simples ordenamento burocrático-administrativo. Nesse campo de disputas, os

usuários vão compondo seus itinerários de cuidado através de redes de apoio que nem sempre coincidem com as redes formais que os serviços de saúde ofertam em seus territórios.

As entrevistas nos desvelam o protagonismo dos usuários na construção ativa de itinerários terapêuticos, produzindo uma complexa articulação entre os serviços e outros pontos da rede no território, com o seu agir leigo. Acompanhamos nas entrevistas diferentes “sistemas de saúde” nos interstícios do sistema de saúde formal, evidenciado pela centralidade de um agir leigo presente para além da regulação sistêmica governamental. Se presentificam no cotidiano de saúde reinterpretando as redes hierarquizadas e crescentes de cuidados como concebidas pelos gestores públicos (CECÍLIO *et. al*, 2014b).

Em duas das seis entrevistas, esses percursos dos usuários demonstraram ser um misto entre público e privado, operando ativamente diversos arranjos para superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção em saúde. Em um desses arranjos, a usuária explica que por fazer uso de marca-passo há anos, devido a patologias cardíacas graves, manteve suas consultas e exames em serviços hospitalares que atendem ao seu plano de saúde particular, mesmo quando se referia ao atendimento com psicóloga que teve por um período. Relatou que utilizou os serviços SUS quando ficou sem a cobertura do convênio e, ainda hoje, para atendimentos que considera “mais simples”, como consulta na Unidade Básica devido a algum resfriado ou mesmo pelo vínculo com a Agente Comunitária de Saúde.

O segundo usuário utiliza os serviços de sua Unidade Básica de Saúde, porém, após episódio de crise no que tange ao âmbito da saúde mental, teve dificuldades de manter os atendimentos no serviço de emergência, as quais citamos no próximo eixo de análise e, atualmente, continua seu tratamento com psicóloga particular.

Os nós e bloqueios do sistema de saúde ganham visibilidade quando percebemos outras lógicas de regulação que são colocadas em ação (MENESES *et. al*, 2017). Entre os motivos citados nas entrevistas para essa articulação entre serviços públicos e privados, estão a insegurança quanto ao acesso no sistema público, receio de não ter o atendimento na rede de serviços públicos quando houver necessidade, e certos desencontros entre a Atenção Básica e a Especializada.

Ao pensar a disponibilização da assistência, fala-se de uma tríplice definição de acesso: chegar ao lugar, no tempo adequado e obter o cuidado mais adequado àquele que procura (CECÍLIO et. al, 2014b). Os usuários utilizam de informações disponíveis sobre esses aspectos do acesso aos atendimentos para acionar redes de saúde que lhe parecem mais afeitas ao cuidado de si que desejam produzir, portanto, a definição dessa tríplice dependerá dos atores envolvidos. Segundo Pasche (2010), essa tríplice do acesso, em conjunto com a segmentação do cuidado, coloca uma questão de segurança para o paciente, que nem sempre consegue no tempo oportuno acessar serviços para se confirmar ou completar diagnósticos, que tendem a ser mais demorados que o necessário.

É impossível olharmos para as redes que se produzem sem entender que a própria vida não cabe num ordenamento pré-concebido de cuidado à saúde! Os itinerários, ao revelarem certo ordenamento de serviços e/ou profissionais que podem ser acionados pelos usuários a partir de suas necessidades, trazem à tona as dinâmicas dos percursos dos usuários e do seu agir leigo na tentativa de produzir esquemas estáveis e confiáveis, não delineando um desenho lógico ou necessariamente coerente com a pirâmide hierarquizada de serviços (MENESES et. al, 2017).

“às vezes, eu não gosto muito de ir lá [no CAPS], porque eles sempre me perguntam a mesma coisa: se eu tô bem, como tô me sentindo [...] eu não gosto muito de juntamento. Até quando lá os médicos falaram ‘depois a gente vai ver um grupo pra ti participar’. [...] aí já fiquei ‘tomara que não me botem em grupo nenhum’” (Participante Júlia).

Na fala de Júlia, vemos que o discurso que atravessa o cuidado centra-se numa lógica que parece desqualificar o saber do usuário, onde este só interessa se ele falar aquilo que os técnicos querem ouvir. O que acontece nesse encontro configura certa dinâmica tecnológica que bebe do discurso médico de cuidado. Em qualquer encontro profissional-usuário se assenta uma grande tensão quanto a esse agir, ali no ato, que poderia ser explorada para ser reafirmada ou vazada na sua polissemia (MERHY, 2012), no entanto, o que acontece com Júlia é muito mais próximo de homogeneização e aplicação de um protocolo pronto de “cuidado”,

criam-se o que chamamos de maus encontros, compondo momentos de expulsão e não de acolhimento.

Dessa forma, a questão do cuidado traz à tona o limite tênue entre, de um lado, produção de padecimento, tutela/controle e, de outro, produção de saúde, autonomia/vida. É nessa corda bamba que vamos tentando nos equilibrar e produzir interrogações que convoquem a pensar o que estamos produzindo com as nossas intervenções num tempo em que as tecnologias de controle e de supressão da vida tornam-se cada vez mais sutis e invisíveis (ALBERONI, 2014, p. 94).

A aposta na produção de saúde e autonomia que falamos nesta dissertação é como possibilidade de negociação que se faz num contexto cogestivo, no fazer com o outro, em que o que está em jogo atravessa um limite tênue entre o empoderamento e a captura. Daí convém dizer que o significado de autonomia que usamos refere-se ao que Kinoshita (1996) propõe, em que é autônomo aquele que tem pontos de vínculo e redes de relações, aquele que tem com quem contar. Esse conceito de autonomia envolve uma perspectiva coletiva, de compartilhamento e negociação entre diferentes pontos de vista envolvidos.

Nesse sentido, sem um pouco de disposição para a escuta, os profissionais podem produzir maus encontros, em que a potência de agir é diminuída, a produção de autonomia pode se tornar precária ou mesmo inexistente. Se não há disposição para escuta, não se valoriza “o que os usuários trazem de novidade, e, o que é central, corremos o risco de ficarmos prisioneiros de pressupostos que, afinal, apenas fazem confirmar tudo o que *nós* pensamos sobre como *deve* funcionar o ‘sistema’ de saúde” (CECÍLIO, 2014, p. 9). Convém refletirmos quanto ao que estamos produzindo com nossas intervenções como trabalhadores que compõem as redes de trabalho em saúde.

6.2 Acolhimento e suas consequências

A última entrevista foi marcada por telefone. Estava eu com as agentes no posto e quem atendeu a ligação foi a mãe do usuário. Expliquei da forma mais clara possível no momento o motivo da ligação, mas senti que ela havia dado sentidos outros, quando se despediu agradecendo pela preocupação com seu filho.

No dia marcado, o usuário Andrius de 19 anos estava numa sala semelhante a um estúdio de música, com vários instrumentos musicais por ali. Ao final da entrevista, a preocupação era minha: de retribuir de alguma forma, então me coloquei à disposição para o que quisesse perguntar sobre a pesquisa, sobre a rede e seus fluxos.

Em primeiro lugar, perguntou se era psiquiatra. Frente à negativa, confidenciou que havia ficado nervoso por achar que eu era, devido a experiências anteriores desagradáveis. Logo depois, chamou-me atenção que ao perguntar se ele gostaria de retomar os atendimentos no CAPS, ele questionou: ‘eu tenho que pegar isso agora? Ou poderia ser depois?’. Entendi com esta pergunta a mim dirigida que ele imaginou que sua recusa em voltar ao CAPS a partir de minha intercessão poderia resultar em posterior exclusão do serviço de saúde, impossibilitando-o de acessar este atendimento depois, no momento que ele e a família achassem necessário.

Ao refletir sobre a rede de atenção em saúde mental no município de Porto Alegre, percebemos o que é produzido nos percursos de vida e saúde dos usuários, que com seu agir leigo, acessam os mais diversos serviços conforme sua necessidade. Pensando sobre o trecho de diário de campo acima, poderia se tratar de uma falha instituinte no “contrato” da entrevista? Entretanto, antes de iniciar, conversamos sobre a pesquisa e o que estava fazendo ali, além de ter sido apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mesmo assim, ele não expôs nenhuma dúvida ou pergunta naquele momento, somente após a entrevista ser “finalizada”: seria o gravador o componente que aumentou a ansiedade do usuário?

Uma das entrevistadas falou com certa desesperança sobre sua vontade de retomar os atendimentos no CAPS: *“Porque eu não sei se eu for lá remarcar eles vão querer [...] sempre deixei claro que se eu não fosse era por causa do meu filho, mas nunca só abandonei, muito pelo contrário. Eu sempre avisei, tanto que eles viram que eu estava grávida e minha gravidez foi de risco também, então eles já estavam sabendo”* (Participante Yara).

Com essas falas, os participantes desvelam algumas das angústias que atravessam seu cotidiano e que, talvez, mais obstaculizem do que contribuam com o exercício do cuidado de si. Afinal, como transitar livremente por estas redes desconhecendo o direito a ser acolhido nos serviços que encarnam as políticas públicas de saúde? Ao usar o termo “não adesão” não estaria também negando ao usuário o direito ao cuidado em liberdade?

A percepção de um acolhimento seletivo por parte da rede de serviços envolve um medo de perder lugar, ser interpretado como evasor ou “não aderente”, usando o termo desse estudo. O que se constrói aí parece ser uma relação de dívida com os serviços. Uma relação que inverte a noção de direito ao acesso e torna o usuário incapaz de se sentir cidadão de direito. Para Deleuze (1992b, p. 224), o homem confinado da sociedade disciplinar passou a ser o homem endividado da sociedade de controle. Nesta passagem, os mecanismos de sujeição permanecem, mas de forma mais sutil; a passagem de uma sociedade disciplinar a uma sociedade de controle tem como estratégia fundamental esvaziar a imagem da sua virtualidade, para torná-la pura informação, parte dos dispositivos de vigilância. A lógica do confinamento persiste em toda a sociedade sem que haja a necessidade da existência de muros para isso, a estratégia atual é construir subjetividades que se enquadrem no modo de vida oferecido pela sociedade, assim, o poder exerce-se na produção e na repressão.

A sociedade de controle, seguindo ainda a leitura de Deleuze (1992b), passou a ganhar mais presença nos modos de viver na atualidade, tendo proeminência face às outras maneiras de organizar um campo de práticas, sendo movida pela dívida infinita, atravessando os territórios do trabalho da educação, da saúde e das relações familiares e de amizade. Pagar o que nunca cessa de ser cobrado é uma busca que leva a processos de intenso sofrimento e, até mesmo, adoecimento. No caso das falas acima, vemos o quanto se produz sentimentos de culpa e endividamento por não cumprir certas agendas ou cumprir o que achamos que o outro espera, cobranças essas infundas e continuadas que funcionam como opressoras e podem significar bloqueios e nós ao acesso à saúde mental.

Fica nítido que nessa relação entre clínica e vida é necessário, sobretudo, refletir sobre a política e os mecanismos cada vez mais sutis de dominação e de poder que gerenciam o cotidiano das subjetividades, em todos os domínios e, também, no território da reforma psiquiátrica em curso em nosso país

(ROMAGNOLI, 2009). As propostas da Nota Técnica do Ministério da Saúde sobre uma “nova saúde mental”, que enfatizam o retorno do hospital psiquiátrico como elemento da RAPS, amplia as autorizações para eletrochoques e direcionam o dinheiro público do SUS para comunidades religiosas como possibilidade “terapêutica” para usuários de drogas, conformam esforços institucionais concorrendo para um enorme retrocesso em nossa política pública de saúde mental (PAULON, 2019).

Cuidar sem cercear o direito à liberdade configura-se em desafio civilizatório do qual a política federal está se furtando. O que essa “nova-arcaica” política de saúde mental propõe é uma receita que mistura “Estado autoritário, contexto cultural eugenista, inflação de poder médico, cerceamento de liberdade de vulneráveis e empresários da indústria da loucura com dinheiro público para compra de aparelhos de eletrochoques”. A privação de direitos e o cerceamento de liberdade violenta aqueles que sofrem os efeitos mais pesados das economias neoliberais (PAULON, 2019). Diminui-se infinitamente a possibilidade de produzir diferentes repertórios de cuidado e de produção de vida. A “renovação” de um modelo de atenção embasado pelo Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013), que aliena usuários ao privilegiar a utilização de estabelecimentos asilares, somente pode interessar aos que lucram ao oferecer tais serviços.

Além da questão de desconhecer-se como cidadão de direitos frente aos serviços públicos, vários dos entrevistados demonstraram ter dúvidas sobre o serviço ao qual foram encaminhados e/ou fizeram uso, tanto quanto a sua localização, o tipo de atendimento que poderia oferecer e como se dá o acesso ao atendimento no CAPS. Uma das entrevistadas, ao relatar seu itinerário, refere-se ao serviço como CAPS, mas, claramente, não está falando desse serviço, já que os CAPS na área que a participante refere ter se dirigido têm seu horário de atendimento das 8h às 18h: *“eu fui, eu só não esperei o atendimento porque não era o caso. [...] eu fiquei acho que das 6 da manhã lá até o meio-dia e não tinha sido chamada, porque só estavam passando aquelas situações de casos mais graves, né. O pessoal que tava em crise por causa da pedra, do crack”* (Participante Anna).

Ela ainda reafirma: *“não cheguei a ir ali, não lembro o que aconteceu, o porquê. Mas o CAPS é bem dentro do [bairro x] ali? Meu medo é esse, porque tá tão complicado”* (Participante Anna).

Cabe explicar que o CAPS fica próximo de uma área da cidade de Porto Alegre marcada por uma série de situações de violência, onde podem acontecer conflitos armados em função da disputa pelo mercado de drogas. Porém, o CAPS pesquisado não se encontra dentro desta área, como a participante julgou estar situado.

Pela descrição da participante, percebemos que ela foi atendida num serviço de emergência da rede SUS. O desconhecimento dos serviços acaba sendo outro fator que perpetua um sentimento de desamparo e insegurança sobre o sistema de saúde público, corroborando o não reconhecimento pelo usuário e sua família de seus direitos como cidadãos.

Outra situação que funcionou como barreira de acesso foi descrita por um dos participantes que foi atendido por um serviço de urgência e emergência. O entrevistado chegou a ter alguns atendimentos com uma psicóloga, porém teve algumas dificuldades para manter esses atendimentos: *“porque ela saiu dali, aí não pude mais marcar consulta. E eu tive duas consultas, o horário era pela manhã e eu estudava de manhã, então era um pouquinho difícil pra marcar. Quando chegou nas férias, pensei em marcar de novo, mas ela tinha saído”* (Participante Andrius).

Se construirmos uma rede de serviços em vias de lidar com a saúde mental num viés de construção de autonomia, imagina-se que o usuário, além dos atendimentos no serviço, deveria manter-se conectado com outros pontos de apoio que fazem parte de sua vida, sejam eles escola, trabalho, família, pontos de assistência social ou simplesmente de sua vida social, afetiva que lhes dê suporte. Quando há impossibilidade de que o cuidado em saúde mental contemple e se utilize desse emaranhado de linhas que compõem a vida do usuário, verificamos a desconexão da rede com a vida.

Em uma sociedade que produz alienação, a questão da autonomia dos sujeitos sempre será permeada pelas condições materiais de existência e por outros indivíduos, “a ideia da autonomia e da responsabilidade de cada um por sua vida pode facilmente tornar-se mistificação se a separarmos do contexto social e se a estabelecermos como resposta que se basta a si mesma” (CASTORIADIS, 1991, p. 131). Portanto, a autonomia não pode ser tomada como um valor em si, mas como um princípio do cuidado em liberdade que embasa o modo de cuidado psicossocial, que é a proposta a partir da Reforma Psiquiátrica.

Para que o princípio do cuidado em liberdade se realize concretamente, precisa ser colocado em ação no cotidiano dos serviços, precisa atravessar a prática dos profissionais no encontro com os usuários e suas questões de vida (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006). A autonomia como relação e prática social será sempre o produto de uma conjuntura histórica e nunca a resposta definitiva para contradições e conflitos sociais, insondáveis e imprevisíveis. Nesse sentido, o fato de uma pessoa não poder escolher e singularizar sua forma de relacionar-se com o CAPS, cocriando seus itinerários de cuidado, fere o princípio do cuidado psicossocial. O cuidado em rede no território pressupõe sua constituição por relações de corresponsabilidade e produção de autonomia.

6.3 Rede de saúde leiga

Figura 1 – Cartaz produzido pelos usuários do CAPS em oficina terapêutica



Numa das incursões ao CAPS, encontrei esse cartaz exposto na parede da sala onde acontecem os grupos, mais especificamente, no que seria a garagem da casa em que o CAPS está estabelecido. Seriam pistas a indicar outros pontos de apoio na produção de saúde dos usuários?

As redes sociais têm demonstrado papel fundamental na vida das pessoas, ao comporem “territórios afetivos” ou “territórios solidários”, o que nos leva a sublinhar que “o estabelecimento das redes de solidariedade nas comunidades pode ser fator de promoção de saúde e de criação de ambientes saudáveis” (MONKEN *et. al*, 2008, p.9). Entendemos, portanto, que na construção de redes afetivas no cuidado em saúde, não nos limitamos a falar de conexões que se dão com trabalhadores ou serviços da rede de serviços das políticas públicas. Os itinerários incluem os tantos vínculos possíveis no cotidiano do território de vida das pessoas, pois, como sugere Teixeira (2004), o cuidado consonante com a Reforma Psiquiátrica pressupõe a construção de redes por meio de encontros que permitam ao homem agir no mundo em sua plena potência.

As diferentes itinerâncias dos usuários entrevistados desvelaram mapas de um cuidado que se costuram em rede, por composições e encontros dos mais diversos, mas também demarcam pontos de captura e produção de isolamento. Fazer-se protagonista deste cuidado talvez compreenda ir aprendendo com os próprios processos de produção de saúde, com a própria vida, buscando nesse jogo de tensões criar novas normas para si (CANGUILHEM, 2002), e porque não dizer, singulares itinerários de cuidado de si (FOUCAULT, 2004). Assim, a constituição do usuário como protagonista e mais autônomo frente à própria vida envolve essa capacidade do indivíduo gerar normas para si, a partir da ampliação de suas relações sociais.

“Eu trabalho com aula de dança gratuita. Eu e o meu marido, a gente tem 4 turmas que a gente dá aula, a gente não cobra [...] é engraçado dizer que parece que somos duas pessoas diferentes, a pessoa que tá em casa é uma, e a pessoa que tá fora, é outra. [...] a parte do dia a dia eu sou mais fechada, mais quieta. Quando eu tô lá, eu me sinto melhor, me sinto mais animada, brinco” (Participante Anna).

Além da rede técnica de assistência à saúde mental, Anna considera que as redes sociais que foram sendo construídas por meio de sua atuação como professora de danças tradicionais gaúchas fazem parte de seu itinerário de cuidado. “O cuidado e a promoção de saúde precisam do componente do espaço público, da horizontalidade na dissimetria, da pluralidade das vozes, do exercício da liberdade” (SIMONI; CABRAL, 2018, p. 194). Araújo, Bellato e Hiller (2009) apontam que as redes de apoio social são vividas e movimentadas conforme a necessidade do momento, a partir de movimentos mais individuais, reticulados, que acontecem dentro e entre redes próprias e próximas, e podem potencializar o cuidado familiar.

Testemunhamos, nos discursos dos usuários, grande diversidade de composições e itinerários onde as relações familiares e com vizinhos/conhecidos aparecem nas entrevistas como importante vínculo de conexão com a vida:

“acho que ele me segura mais assim, porque se eu fosse sozinha daí também ia ser pior. Daí eu fico pensando nele, ‘bah, eu tenho que me manter porque eu tenho o guri, né’, eu tenho que ficar bem por causa do guri, eu tenho que cuidar o meu filho. Ele não tem culpa, né. Isso me ajuda bastante” (Participante Júlia).

“Sempre converso bastante, ver uma alternativa, alguma coisa [...] Dialogar com pessoas que a gente não conhece, ver os níveis de dificuldade de cada um é muito bom” (Participante Anna).

Nos caminhos do pesquisar nos vimos diante de um problema que comparece por meio da tensão entre a pretensão de se produzir um usuário disciplinado, guiado pelos procedimentos padronizados e previsíveis – o “usuário ideal”– e o “usuário real”, que é autônomo, nômade, que faz escolhas e, muitas vezes, subverte a racionalidade planejada pelos administradores (CECÍLIO *et. al*, 2014b, p. 53). Em outras palavras, não estaríamos aqui observando o que há entre “aderir e resistir”? Observando o que cada sujeito consegue compor como cuidado de si a partir dos serviços ofertados na rede e, muitas vezes, apesar deles?

Foucault (2004, p. 387) ressalta a confluência entre poder terapêutico e poder de moralização. Explora-se a existência de um “usuário fabricado” e de um “usuário fabricante”. Os trabalhadores de saúde talvez se recusem a reconhecer que o cuidado será sempre coproduzido pelos usuários e pelos especialistas, resultando, portanto, em caminhos que vão acontecendo entre negociações e necessidades. No fundo, parecem pensar que cabe ao usuário “apenas usar” os serviços que são ofertados. No entanto, por bricolagem ou recomposição, o usuário leigo inventa “surpreendentes e singulares ‘sistemas de saúde’ nos interstícios da máquina da saúde [...] movidos pelo sofrimento advindo do adoecimento, do medo da morte e da consciência da fragilidade humana” (CECÍLIO *et. al*, 2014b, p. 16).

O que Cecílio questiona está teoricamente imbricado no que discutimos a partir de Foucault: “o cuidado de si é apontado como uma potência instituinte imanente à vida, potência ético-política face aos biopoderes que recobrem o *bios* social na atualidade” (FREITAS, 2010, p. 169), postulando a construção da saúde fundamentalmente como prática de liberdade.

A especificidade do trabalho em saúde implica uma clínica que se produz como “síntese entre a arte e a ciência; entre a tradição e a inovação; entre a prudência e o arriscar-se; entre intuição e razão” (PASCHE, 2010). É necessário que o profissional de saúde se aproprie das habilidades e competências técnicas de seu trabalho, porém, quando estamos atendendo, em contato com o usuário, é imprescindível que se crie algo que vá além das técnicas e protocolos. Lidar com a complexidade do processo de saúde requer este artesanato, os usuários têm muito a nos ensinar sobre isso.

Devemos considerar que, para tal artesanato, diferentes lógicas ou tempos competem entre si: trata-se da existência de um “tempo das possibilidades”, referindo-se aos gestores em sua busca de organizar os modos de acesso e consumo dos serviços; um “tempo do cuidado”, em que os profissionais de saúde buscam disponibilizar as tecnologias conforme necessário para um bom cuidado; e também um “tempo das necessidades”, onde se situa o usuário que busca acesso ao cuidado a partir de sua perspectiva, constituída em seu agir leigo e pela experiência da doença (CECÍLIO *et. al*, 2014b). Muitos dos desencontros dessas temporalidades acabam fazendo com que os usuários construam seu cuidado “apesar” dos serviços oferecidos pelas políticas públicas, como resposta a uma experiência que configurou-se momento de expulsão ou o que poderíamos chamar de mau encontro.

Em pesquisa sobre itinerários terapêuticos, Burille e Gerhardt (2016) relatam que as redes de apoio informais, por sua própria natureza e proximidade, se sobressaíram as redes formais. As autoras complementam que as redes informais são responsáveis por disponibilizar ajudas frequentes e colocam em circulação bens materiais e imateriais, que em determinados momentos supriram lacunas de atuação do Estado.

O que queremos dar visibilidade aqui também diz respeito a estratégias utilizadas pelos usuários em seu dia-a-dia, criadas nas malhas das redes de conversações, que vão possibilitando a construção de novas ferramentas para lidar com momentos ruins ou dificuldades encontradas no cotidiano. Nos próximos recortes, um dos participantes conta estratégias de produção de vida e saúde que se constituem a partir do reconhecimento e legitimação de atividades como passíveis de aumentar sua potência de vida.

“O que a psicóloga me recomenda, que é a respiração, às vezes, não funciona muito bem, porque eu tenho asma. Se eu tenho alguma emoção forte, me dá crise de asma, seja se eu tô irritado ou se eu tô feliz [...] Então, eu tento me distrair, o que normalmente ajuda, eu toco violão [...] e procuro fazer outras coisas no meu dia-a-dia, eu pratico atividade física, faço vôlei, é mais na escola mesmo” (Participante Andrius).

“Eu cheguei a lutar por um tempo, jiu-jitsu, e me ajudou. [...] estar naquele lugar que me ensinou que todo mundo tá no mesmo nível e que é o respeito acima de tudo. Eu já ganhei o respeito dos meus pais e agora tô ganhando respeito lá, sabe” (Participante Andrius).

Em nossa bússola, mantivemos como norte a ideia de que “o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos, e que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas” (CAMPOS *et al.*, 2012, p. 969). As implicações clínicas, éticas e políticas dessa clínica nos remetem a seu sentido de produzir um desvio para criar outras histórias, outras possibilidades de existência (BENEVIDES; PASSOS, 2001).

No cuidado psicossocial, a cidade se presentifica como matéria da clínica e pode aparecer muitas vezes como agente de intervenção, pois possibilita a emergência de encontros que autorizem ou reconheçam a escolhas do sujeito em sofrimento psíquico, reconheçam sua palavra (embora, também possa acontecer o contrário) e apontem para outros enlaces possíveis (COSTA, 2011).

Na direção de uma clínica afeita à Reforma Psiquiátrica, a relevância do transitar pela cidade se destaca pelas pequenas invenções tecidas na cotidianidade como práticas micropolíticas: “micropolíticas não no sentido de menor, mas indicando uma outra dimensão da luta política; [...] um campo de forças onde insurgem-se fatos menores, banais, questões desprezíveis, desacomodando ideias ou modelos alheios ao inacabamento e à contingência das práticas humanas” (BAPTISTA, 1999, p. 116).

No relato abaixo, percebemos o transitar pela cidade sendo possibilitado por intermédio de um aplicativo no celular, tomado como facilitador para transitar no terreno vivo e cambiante da cidade, terreno fértil de possibilidades de trocas sociais que se estabelecem em comunidade (PALOMBINI, 2004). Por que não pensar o bom uso de tecnologias que podem ser intercessoras na construção de uma vida mais autônoma?

“eu não consigo ficar andando sozinha, eu tenho medo de me perder. [,,,] Até baixei um aplicativo de telefone assim, acho que é o Mobi, que ele te diz o ônibus, te diz quanto tempo tu leva, sabe, tudo já pré-calculado.” (Participante Anna)

Um dos componentes da RAPS diz respeito à Reabilitação Psicossocial, constituído pelas iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2012). Incluem ações de emancipação junto aos usuários e familiares no sentido da garantia de seus direitos e da promoção de contratualidade no território. É importante ressaltar que as estratégias

de reabilitação psicossocial e de protagonismo não se restringem a um ponto de atenção ou ações isoladas, mas envolvem a criação de novos campos de negociação e formas de sociabilidade.

A discussão sobre saúde mental e trabalho aponta uma redefinição da noção de saúde mental, na qual o trabalho aparece tanto como fator constitutivo de adoecimento quanto de saúde. As falas abaixo apresentam esta dimensão subjetivante que o trabalho pode assumir na vida dos sujeitos escutados.

“o meu último emprego eram 12 horas dentro de um lugar e aquilo já então... No meu almoço, eu podia vir pra casa, então a volta era, bah, era complicado, era bem complicado voltar assim. Eu saber que ia ter que ficar lá dentro até as 8 horas da noite de novo me dava... sei lá, um sufoco, uma coisa” (Participante Anna).

“Eu trabalho. Minha rotina é de escola e estágio de segunda a sexta [...] Agora tá um pouquinho puxado, porque é início de campanha... Mas eu gosto, não é nada estressante, o pessoal lá é legal, o pessoal na escola também é legal” (Participante Andrius).

“uma coisa que eu também gosto muito é estar em salão, porque eu amo fazer cabelo e fazer unha. Eu trabalhava com isso antes de eu ganhar, então é um lugar que também me acalma e me deixa tão tranquila” (Participante Yara).

As transformações no cenário mundial impactam também o mundo do trabalho, seus efeitos podem ser desemprego e subemprego, processos organizacionais internos de reestruturação produtiva e introdução de novas formas de gestão, enxugamento do quadro de funcionários, inovações tecnológicas frequentes. Esses fatores acabam por desencadear o crescimento do sofrimento mental e dos distúrbios psicológicos de modo geral (JACQUES, 2006, p. 94).

Nas narrativas dos participantes, ao mesmo tempo que percebemos o trabalho ser referido como fator de adoecimento, vemos também o trabalho em si e/ou o ambiente de trabalho sendo relacionados como fontes de aumento de potência, com papel importante na produção de saúde dos usuários. Diante disso, o trabalho é apontado como um dos pontos da rede de saúde que os usuários produzem para si e, por que não pensar que possa ser considerado assim por parte dos serviços de saúde, conforme a necessidade que possa se enunciar durante a construção do projeto terapêutico singular?

O cuidado em saúde será sempre coproduzido pelos usuários e pelos “especialistas de saúde”, assim, é necessário pensar e legitimar novos fluxos e

circuitos dentro da rede de saúde, desenhados a partir dos desejos e das necessidades dos usuários e a partir da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECÍLIO, 1997), em busca da integralidade da atenção. A dimensão ética e estética da clínica é orientada pela criação de novos possíveis, do que se deve ser e fazer diante das circunstâncias, tendo sempre a expansão da vida como referência (ALBERONI, 2014).

7. Considerações finais

“Eu comecei a usar outras alternativas [...] vamos dizer assim, eu tava tentando pelas minhas próprias pernas [...] aprender a lidar com o cotidiano, alguma coisa pra poder entender as consequências do que eu me tornei e porquê” (Relato da participante Anna).

Se aproximando o fim do mestrado, o fim desta escrita, dei por conta que não nos detivemos em delimitar tanto nossa navegação por mares da saúde mental. Poderia isso indicar um descuido? No entanto, sinto que essa escolha fez parte de uma resistência a esse fechamento de sentidos que nos faz separar em caixinhas o que não pode ser separado. Estando a navegar pelas águas da saúde, que linhas delimitam alguma fronteira entre a saúde e a saúde mental?

Uma das características do cuidado em saúde mental é justamente a noção de que sua demanda surge em todos os serviços da rede, portanto, faz sentido que esse cuidado esteja diluído, espalhado por todas suas tramas. A clínica da qual buscamos nos aproximar nesse trabalho não é propriedade de um campo específico de saber. Não por ignorar possíveis especificidades, mas por identificar que as especificidades se colocam muito mais pelas necessidades de saúde e de vida do usuário conforme o momento vivenciado. A clínica de que falamos somente se realiza através de “estar com” o usuário, sendo ele corresponsável pelo seu cuidado, expressando suas necessidades, possibilidades e dificuldades para a construção conjunta de um percurso que seja sim produtor de saúde e de vida.

Tomou emprestado um pensamento da psicanálise que considero imprescindível no trabalho em saúde, onde longe de qualquer ideal de cura, ao comprometer-se “com o vir a ser da subjetividade, com a produção de um estilo singular para a existência e com a invenção permanente da vida” (BIRMAN, 1997. p. 43) devemos acolher toda e qualquer forma de resistência, para que o novo e a diferença possam emergir no encontro com o outro.

Resistir pareceu ser o verbo principal neste trabalho, pois quando os usuários se afastavam da imposição da regulação imposta, mais do que se afastar do cuidado prescrito, foi-se desenhando como um aproximar-se de si mesmo, inventando outras formas de cuidado. Para cada usuário, para cada momento do

processo de cuidado de si, construir itinerários de cuidado mais afeitos às suas vidas se apresentava, na escuta propiciada por essa pesquisa, como um exercício possível de autonomia.

Consideramos que o uso do termo “não adesão” para qualificar o vínculo precário do usuário ao CAPS ou sua inexistência encontra-se próximo dos princípios que atravessam o Paradigma Hospitalocêntrico Medicalizador, o qual tende a produzir subjetividades homogeneizadas. Falar em adesão implica em decisões terapêuticas sobre um plano de cuidado que, muitas vezes, é proposta a priori por uma equipe ou profissional a partir de um pacote de ofertas em que o sujeito a ser cuidado tem de se “encaixar”.

Quando ao usuário cabe apenas o papel de escolher de forma binária (aceitar ou não aceitar) uma proposta de cuidado, não se legitima sua capacidade própria de produção de formas de andar na vida, não se coloca em pauta a possibilidade de compor com outros modos de produzir saúde.

Ressaltamos a importância de um cuidado que emerge na multiplicidade dos encontros entre os diferentes atores que circulam pelos serviços de saúde e o território de vida das pessoas. Em processos de cuidado que reforçam a ideia de uma relação em que o outro é percebido como legítimo, podemos produzir saúde como relação dialógica, quando a construção das redes de conversações inclui um regime de trocas e disputa de cuidado entre os envolvidos. Nesse terreno de disputa de cuidado, as negociações que podem surgir colocam em jogo a irreduzível tensão entre a imposição das normas de regulação de uma rede ideal e a singularidade do usuário. É necessário discutir o lugar do “agir leigo” (CECÍLIO et. al, 2014a) na construção dos itinerários de cuidado, pois essa noção tem implicação com a clínica que colocamos em ação: consideramos que a composição do cuidado sempre será multirreferenciada, por mais que existam fluxos preconizados e ordenados de funcionamento das redes de serviços, o próprio usuário é ativo em coproduzir sistemas de saúde através da regulação singular aciona e dos itinerários de cuidado que desenha para si.

A clínica que produz saúde é aquela que aumenta a capacidade da pessoa construir normas pra própria vida, assim, a produção do cuidado em saúde em nada deve se parecer com tutela, protegendo e vigiando o usuário de todos os “perigos”

da vida, isso nos deixa cada vez mais afastado da construção dessa capacidade de exercer a normatividade própria do viver.

A construção de modos de vida mais autônomos são considerados como um princípio do cuidado em liberdade embasado pelo Paradigma Psicossocial, proposto a partir da Reforma Psiquiátrica. Quando um usuário não pode escolher e singularizar sua forma de relacionar-se com o CAPS, que em dado momento pode ser mais próxima e noutros mais afastada, levando em conta os próprios movimentos da vida, se está indo contra o princípio do cuidado psicossocial. O cuidado em rede no território deveria ser construído por relações de corresponsabilidade e produção de autonomia.

Essa re-existência do usuário como corresponsável pela construção de seu cuidado implica também a possibilidade de re-existência do trabalhador e de sua equipe. É necessário reconhecer que meu saber como profissional de saúde é limitado, amputado, o que implica buscar que as práticas em saúde sejam híbridas de saberes e valores trazidos pelos diversos atores sociais envolvidos, trabalhando com a perspectiva da intersectorialidade para, assim, contemplar a singularidade dos sujeitos.

Acreditar que se sabe o que é o melhor para a vida do outro implica em exercício de poder sobre ele, o cuidado perde-se na linha tênue entre produção de padecimento e produção de saúde (ALBERONI, 2014). Quanto mais se exerce essa posição, mais precária é a possibilidade de vinculação com esse usuário que buscou escuta naquele profissional de saúde ou equipe. Proporcionar uma escuta sensível é puro exercício de alteridade, em que acolher o outro compreende a experiência de suportar as diferenças. Cabe ao profissional lidar com a produção de itinerários de cuidado que não se alinham ou dobram ao ideal aprendido e protocolado, sem que o usuário em questão seja julgado unilateralmente como aquele que não adere.

A noção de adesão a um serviço coloca a perder o objetivo de aumento de autonomia do usuário, criando uma linha de dependência ao serviço em questão, o que fere o princípio do cuidado em rede no território. A produção de vida e saúde não se limita ao cardápio que o CAPS possa oferecer, “há tanta vida lá fora!”⁹. Consideramos a vinculação aos serviços de saúde mental como efeito de encontros

⁹ Referência à música “Como uma onda” de Lulu Santos (MOTTA; SANTOS, 1983).

que se produzem na relação clínica, é no “como” ocorrem tais encontros que poderemos ter pistas do que pode esse contrato terapêutico.

Na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, o que motiva os usuários a manter um plano de cuidado está relacionado ao quanto as atividades do seu cotidiano estão ligando esses usuários à vida. Nossas ofertas deveriam se conectar com os regimes ordinários da vida, para que a demanda não esteja desconectada da necessidade das pessoas que buscam os serviços. Como cuidar sem criar um impasse em que o usuário tenha que escolher entre ir à escola ou ir ao atendimento com o profissional de saúde?

As redes que produzimos devem cuidar das pessoas ao longo e na própria vida, não apenas nos momentos de crise, o que implica em construirmos redes juntamente com esses outros equipamentos que engancham o usuário que queremos cuidar à vida: a escola, o trabalho, as associações da comunidade, o serviço social, entre outros. É claro que não podemos desconsiderar também que há de se ter espaço e acesso também nesses momentos de crise.

Propor esta discussão implica resgatar o conceito de adesão e transpor essa representação que exclui comportamentos diversos ao prescrito. É necessário contemplar aspectos da subjetividade dos usuários, em suas necessidades e dificuldades como forma de legitimar a autonomia dos usuários em seus itinerários de cuidado de si.

Os desvios feitos no trajeto curtinho, linear, que a RAPS traça para os sujeitos em sofrimento têm demonstrado o quanto essa norma de regulação pode funcionar como limitante dos movimentos de um navegar que é da própria vida. Temos muito a aprender com itinerários terapêuticos que podem ser tão mais imprecisos e diversos do que a tríade casa-Unidade de Saúde-CAPS.

Nesta direção, podemos afirmar a possibilidade e potência de uma clínica que produz desvios, sujeitos e modos de vida. Uma clínica que “produz desvio na medida em que coemergem novos sujeitos nessa relação, novos trabalhadores e novos usuários desse encontro, do encontro dos corpos e afetos e das modulações mútuas. Cada encontro transforma os modos de agir no sistema de saúde, seus modos de ser, trabalhar, adoecer e viver” (BARROS e GOMES, 2011, p. 654).

Constatamos que um grande obstáculo para o acesso dos usuários ao cuidado em saúde refere-se ao desconhecimento dos serviços e sua localização, como funcionam e como acessá-los. Esse fato demonstra o quanto um trabalho em

saúde que envolva o ganho de autonomia dos sujeitos tem de visar a inclusão social e a construção da cidadania da população.

Outro ponto diz respeito á dificuldade encontrada nos serviços da Atenção Básica em lidar com a especificidade da Saúde mental. Apesar da inserção da Saúde Mental na Atenção Básica ser apontada como passo importante que contribui para a Reforma Psiquiátrica, a capacidade de escuta para os casos de saúde mental que surgem nesses pontos da rede demonstra ser ainda limitada, criando momentos de expulsão ou maus encontros, a partir dos quais o usuário constrói seu itinerário terapêutico “apesar de”, buscando outros lugares de acolhimento e apoio.

Refletir acerca de nossas práticas e a forma com que temos coproduzido, como trabalhadores, as redes de produção de saúde pode ajudar no reposicionamento dos CAPS e outros serviços da RAPS como espaços de criação de bons encontros, em consonância com a busca de aumento de potência de vida e de saúde de seus usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Grupo Temático de Saúde Mental da ABRASCO. **Nota em defesa da Reforma Psiquiátrica e de uma política de Saúde Mental digna e contemporânea.** Set 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-em-defesa-da-reforma-psiquiatrica-e-de-uma-politica-de-saude-mental-digna-e-contemporanea/30550/>. Acesso em 20 jan. 2017.

ALBERONI, S. A. O que queremos ao cuidar? – o tênue limiar entre produção de padecimento e produção de saúde. **Mnemosine**, Vol.10, nº2, 2014. p. 88-107.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JR.; A. G. (org.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, 2018. p. 2067-2074.

AMARANTE, P. Entrevista - Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. **ABRASCO**, fev. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, 2018. p. 67-76.

ARAÚJO, L.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3): 16-29, 2004.

BAPTISTA, L. A. A reforma psiquiátrica e a presença da cidade. In: BAPTISTA, L. A. **A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades.** São Paulo: Summus, 1999.

BAPTISTA, L. A. **O veludo, o vidro e o plástico: desigualdade e diversidade na metrópole.** Niterói: EdUFF, 2009.

BAREMBLITT G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROS, M. E.; GOMES, R. **Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.

BARROS, L.P., & KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E., KASTRUP, V., & ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

BARROS, M. E. B.; HECKERT, A. L. C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (org.) **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. CEPESC: MS/UERJ: ABRASCO, 2010.

BELLOC, M. M. Narração, História e Política: Encontrando o campo de pesquisa, construindo os caminhos da investigação. In: BELLOC, M. M. **Homem-sem-história. A narrativa como criação de cidadania**. Cap. 1, p. 23-52. Tese - Universitat Rovira, Virgili. Tarragona, 2011.

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. Psicologia Clínica. Rio de Janeiro. PUC/RJ. CTCH, Departamento de Psicologia, v.13, n. 1, 2001.

BEZERRA JR., B. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. **Caderno Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2007. p. 23-31.

BIRMAN, J.A. Cidadania tresloucada. In: AMARANTE, P.(org.) **Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré; 1992. p. 71-90.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. **Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde**. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr-jun, 2014. p. 338-346.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Retificação da Portaria nº 3.588, de 21 dezembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 1 edição – Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Entre ressacas e marolas: um olhar para os itinerários terapêuticos e redes sociais de homens em situação de adoecimento crônico. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUI, E. N. F.; SILVA JR.; A. G. (org.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ARASCO, 2016.

CABRAL, K. V. **Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica : considerações sobre o setting**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **DEBATE Ciênc. saúde colet.** v. 23, n. 6, Jun, 2018.

CAMPOS, G. W. S. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o "interrogativo". **Interface**, v. 11, n. 22, 2007. p. 345-363.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, R. T. O.; PALOMBINI, A. L.; SILVA, A. E.; PASSOS, E.; LEAL, E. M.; SERPA JR, O. D.; MARQUES, C. C.; GONÇALVES, L. L. M.; SANTOS, D. V. D.; SURJUS, L. T. L. S.; ARANTES, R. L.; EMERICH, B. F.; OTANARI, T. M. C.; STEFANELLO, S. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 967-980, out/dez, 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CANETTO, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (4), 339-351.

CASTORIADIS, C. **A Instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), **Cuidado: as fronteiras da integralidade** (pp. 259-278). Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

CECÍLIO, L. C. O.; SOUZA, A. L. M.; ANDRADE, M. G. G.; SANTIAGO, S. M.; MENESES, C. S. ; REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul, 2014a.

CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org.) **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec, Fapesp; 2014b.

CECÍLIO, L. C. O. A questão do “duplo/tríplice estatuto” nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Forum Sociológico [Online]**, n. 24, 2014.

CECÍLIO L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, vol.13, n.3, 1997.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COLLAR, J. M.; ALMEIDA NETO, J. B.; FERLA, A. Educação permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. **Saúde em Redes**, 1 (4), 2015.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela

atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.10, n. supl.1, nov. 2010.

COSTA, A. P. C. **O acompanhamento terapêutico no processo de construção de uma moradia possível na psicose: uma pesquisa psicanalítica.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva.** São Paulo, SP: Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** SciELO - Editora FIOCRUZ, 1 de jan de 2009.

DELEUZE, G. **Espinosa e o problema da expressão.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992a.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992b.

DELEUZE, G. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G., & GUATTARI, F. **Mil platôs.** v. 1. Ed. 34. Rio de Janeiro: Letras, 2011.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro Saúde Mental**, Vol 1, n. 1, jan-abr. 2009.

DELFINI, P.S.S. et al. Parceria entre Caps e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, 2009.

ESPINOSA, B. **Ética.** Trad. Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

Esquizografias. Disponível em:
<https://www.facebook.com/esquizografias/photos/a.997714140247585/1084611364891195/?type=3&theater>. Acesso em: Nov. 2018.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. N.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface, comunicação, Saúde, Educação**, 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. **Ditos e Escritos II**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. Ética, sexualidade e política. **Ditos e Escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2000.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise [1916-1917]. In: FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Edição standart brasileira, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface: comunicação saúde educação**, v. 13, supl.1, p.667-79, 2009.

GAGNEBIN, J. M. **Lembrar, escrever, esquecer**. São Paulo: Editora 34, 2006.

GALVÃO, B. A. A ética em Michel Foucault: do cuidado de si à estética da existência. **Intuitio**, Vol.7, Nº. 1, p.157-168, Porto Alegre, jun 2014.

GOLDBERG J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1994.

GOMES, V. F.; MIGUEL, T. L. B.; MIASSO, A. I. **Transtornos Mentais Comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21(6):1203-11; Nov.-Dec., 2013.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17-23, jan.-abr. 2017.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, 9(2): 48-55. março, 2001.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: A Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

GRIGOLO, T. M. **“O Caps me deu voz, me deu escuta”**: Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

HECKERT, A. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007.

IBGE. **Panorama Brasil/RioGrande do Sul/Porto Alegre**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>. Acesso em: 10/06/2018.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ISRAEL, G.; ROMERO, N.; CAZUZA. **De quem é o poder?** Rio de Janeiro: Warner Music: 1989. (4:18).

JACQUES, M. G. C. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. **Revista Boletim da Saúde**. 20(1), 2006. p. 93-105.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (7):3051-3060, 2011.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, v. 2 São Paulo: Hucitec; 1996.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, jul-set, 2014. p. 593-606.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

MENESES, C. S.; CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ANDRADE, M. G. G.; SANTIAGO, S. M.; ARAÚJO, E. C.; SOUZA, A. L. M.; REIS, D. O.; PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n.6, 2017. p. 2013-2024.

MERHY, E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: Cezar CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Ed. Xama: São Paulo, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez 2003.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver - SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, DF, 2004. p. 108-137.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidade. **Saúde soc.** vol.21, no.2, São Paulo, Apr./June 2012.

MONKEN, M. et al. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_3.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

MOTTA, N.; SANTOS, L. **Como uma onda**. WEA Records,1983. (03:37).

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.18, n. 3, set./dez. 2007. p. 143-151.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.;SAMPAIO, J. J. C. *A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 4, 2016. p. 1213-1232.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; DOS SANTOS D. V. D.; STEFANELLO, S.; TRAPE, T. L.; PORTO, K. Mental health in primary care: An evaluative study in a large brazilian city. **Cien Saúde Coletiva**, v.16, n. 12, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora Hucitec/Fiocruz, 2006.

PAES, L. G. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 11, n. 2, 2013. p. 395-409.

PALOMBINI, A. L. (Org.). **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a Clínica em Movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PASCHE, D. F. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (org.) **Ética, Técnica e Formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface, comunicação, Saúde, Educação**, vol. 13, n. 1, 2009. p. 701-708.

PASSOS, E. BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade***. Porto Alegre: Sulina. 2012.

PAULON, S. M.; PROTAZIO, M. M.; TSCHIEDEL, R. G. -Eu sei o que é saúde mental!: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. **Polis e Psique**, v. 8, p. 6, 2018.

PAULON, S. M.; NEVES, R. Apresentação. *In: PAULON, S. M.; NEVES, R. (Org.) **Saúde Mental na Atenção Básica - A territorialização do cuidado***. 1ª. ed., v. 1. Porto Alegre: Sulina, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Ministério Público Federal – Brasília DF: CFP, 2018.

PAULON, S. M. A Clínica e seu Vir-a-Ser ou 'Daquilo que a Clínica bem que podia ser'. **Jornal Entrelinhas do CRPRS**, Porto Alegre, v. XII, 17 dez. 2012. p. 14 – 15.

PAULON, S. M. Para dignificar o Patinho feio da Saúde - entrevista. **IHU ON-LINE (UNISINOS. Impresso)**, v. 491, 2016. p. 18-22.

PAULON, S. M. Neoliberalismo, fascismo e saúde mental: querem nos enlouquecer? **Revista Cult**, São Paulo, fev. 2019.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. *In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 2***. São Paulo: Hucitec, 2000. p.130-138.

PESSOA, F. **Obra poética**. Organização de Maria Aliete Galhoz. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2004.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde***. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, R. GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JR., A. G. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JR.; A. G. (org.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde***. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

PINTO, D. M., JORGE, M. S. B., PINTO, A.G. A., VASCONCELOS, M. G. F., CAVALCANTE, C. M., FLORES, A. Z. T. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 3, 2011, p. 493-9.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão 2º quadrimestre – 2018.** Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rg_2quadrimestre2018_sitesms_03out18.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Como acessar serviços de saúde.** Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=828. Acesso em: 15 ago. 2018.

PROTÁZIO, M. **Errâncias de usuários de saúde mental: quando o cuidado se tece nas itinerâncias.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RAUTER, C. Clínica Transdisciplinar: Afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. **Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência.** Vol. 8, nº 1, 1º quadrimestre de 2015. p. 45-56.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F. Encontros e Desencontros entre Psicologia e Política: Formando, Deformando e Transformando Profissionais de Saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, 2010. p. 854-867.

RIBEIRO M. S.; POÇO, J. L. C. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. **Revista APS.** 9(2), 2006, p. 136-45.

RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M.; VIEIRA, E. M. M.; SILVA, P. M. ; LAMAS, C. V. D-B. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **Jornal Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, 2008. p. 16-22.

RIGHI, L. B. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 18 Supl 1, 2014. p. 1145-50.

RIGHI , L. B. Redes de Saúde: Uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS - volume 2 - Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**; v. 21, n. 2, 2009. p. 166-173.

ROSA, J. G. **Com o vaqueiro Mariano.** Rio de Janeiro: Edições Hipocampo, 1952.

ROSSI, A., PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev. Epos** [online], vol.5, n.1, 2014. p. 156-181.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; LEONARDI, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. *In: NICÁCIO, F. (org) Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ROTELLI F.; MAURI, D. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. *In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. (ORG.) Desinstitucionalização*. São Paulo: (SP): Hucitec; 1990. p. 89-99.

RUAS DE MELO, C. Há Devir, há de vir. *In: Revista SaúdeLoucura 5: A Clínica como ela é*, São Paulo: Hucitec, 1997. p. 139-149.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. *In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JR.; A. G. (org.) Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (organizadores) **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes no SUS: marco legal. *In: SILVA, S. F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas, SP: Saberes; 2013.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O., NASCIMENTO, M. A. A., JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, 2007. p. 75-85.

SANZ DE ALVAREZ, P. E.; ROSENDO, E.; ALCHIERI, J. C. Aplicabilidade do conceito de adesão ao tratamento no contexto da saúde mental brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 50, junho, 2016. p. 54-60.

SHER, K. J.; TRULL, T. J. Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality. **J. Abnorm. Psychol.**, 103, 1994. p. 92-102.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. **Revista de Psicologia da USP**, v. 28, n. 3, 2017.

SILVEIRA, M. Boletim Informativo **A Gestão Autônoma da Medicação como Ferramenta da Linha De Cuidado: “O Cuidado Que Eu Preciso”**. Relatório Técnico. Porto Alegre: SES-RS, 2014.

SIMÃO DE FREITAS, A. S. Michel Foucault e o ‘cuidado de si’: a invenção de formas de vida. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 167-190, dez. 2010.

SIMONI, A. C. R.; CABRAL, K. V. Territórios da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: “o cuidado que eu preciso”, lá onde a vida acontece. *In*: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (org.) **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018.

SIMONI, A. C. R. *et al.* Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica. *In*: **Atenção Básica em Produção**: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS, 1 ed., p. 183-200. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/anaca/Downloads/Tessituras%20(1).pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

SOUZA, T. T.; SILVA, W. B.; ONOFRE, A. S. C.; QUINTANS, J. S. S.; ONOFRE, F. B. M.; QUINTANS-JÚNIOR, L. J. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, vol. 47, n. 4, oct./dec., 2011.

SOUZA, T. P.; TEIXEIRA, R. R. Redes temáticas e a produção do comum: conflitos emergentes de uma nova institucionalidade. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas** [versão eletrônica] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2 ed., 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health**. *Milbank Q.*; v. 83, n. 3, 2005. p. 457–502.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. *In*: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies University of California, San Diego, 2004.

VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 13, núm. 1, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Botucatu, Brasil, 2009. p. 729-738,

VENTURA, R. Os paradoxos do conceito de resistência: do mesmo à diferença. **Estud. psicanal.**, n.32, Belo Horizonte: nov. 2009.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado. ENSP- Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Polis e Psique**, v. 2, Número Temático, 2012.

ZAMBILLO, M. **Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ZUCKER, R. A.; FITZGERALD, H. E.; MOSES, H. D. Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. **Developmental Psychopathology**, 2, 1995. p. 677-711.

ZUCKERMAN, M. **Behavioral expressions and biosocial bases of sensation-seeking.** New York: Cambridge University Press, 1994.

ANEXO 1

Perguntas entrevista semiestruturada:

Primeiro bloco – o encaminhamento

- 1 – Que serviço/profissional/órgão encaminhou você para o CAPS?
- 2 – Como aconteceu esse encaminhamento? Conte-me os detalhes que se lembrar de cada passo até a marcação da consulta no CAPS.

Segundo bloco – atendimento recebido no SUS e frequência de uso

- 3 – De lá até hoje, que tipo de atendimento de saúde você tem tido?
- 4 – Que serviços de Porto Alegre frequenta? De que forma frequenta?

Terceiro bloco – cuidado no território – “fora” da organização formal de saúde

- 5 – Que lugares ou que pessoas te ajudam nos cuidados com tua saúde mental?
- 6 – Como tu participas neste processo de cuidado da tua saúde mental?

ANEXO 2 – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa ligada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, intitulada: “A vinculação aos serviços de saúde mental: uma análise da rede de atenção psicossocial”, que tem como objetivo principal identificar os itinerários de cuidado de si traçados pelos usuários para suas vidas e os fluxos a eles ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre. Constitui um eixo da pesquisa intitulada “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras”.

O estudo faz parte do mestrado da pesquisadora Clarissa Junqueira Lopes, orientada pela prof^a Dra. Simone Mainieri Paulon, e coordenação do prof. Dr. Dário Frederico Pasche, ambos da UFRGS. Para alcançar os objetivos do estudo serão realizadas entrevistas a partir de um roteiro de perguntas-guia elaboradas pela pesquisadora, podendo ser acrescentadas outras questões no decorrer da entrevista.

Eu, _____, RG _____, CPF _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar deste estudo.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela coordenadora durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Declaro que também fui informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- que as informações cedidas à pesquisa não incluirão qualquer dado que permita a identificação da fonte, garantindo assim meu sigilo;
- que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal;
- que não haverá nenhum gasto financeiro com a minha participação na pesquisa;
- sobre a pesquisa e a forma como será conduzida, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com os pesquisadores através dos e-mails (clarissajunlopes@gmail.com ou simonepaulon@gmail.com), ou no endereço rua Ramiro Barcelos, 2600 – Porto Alegre/RS (telefone: 33085697);
- se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, na rua Ramiro Barcelos, 2600 – Porto Alegre/RS – Telefone: 33085698).

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora
Clarissa Junqueira Lopes