

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO

ALLAN DE AGUIAR ALMEIDA

**ILHAS, RIOS, REDES E MUROS:
A SAÚDE MENTAL NAS CARTOGRAFIAS DA CONVIVÊNCIA**

Santo Antônio de Pádua
2022

Allan de Aguiar Almeida

**ILHAS, RIOS, REDES E MUROS:
A SAÚDE MENTAL NAS CARTOGRAFIAS DA CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ensino, do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior, Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ensino.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Goretti Andrade Rodrigues.

Santo Antônio de Pádua
2022

Ficha catalográfica automática - SDC/BINF
Gerada com informações fornecidas pelo autor

A447i Almeida, Allan de Aguiar
Ilhas, rios, redes e muros: a saúde mental nas cartografias da convivência / Allan de Aguiar Almeida ; Maria Goretti Andrade Rodrigues, orientador. Santo Antônio de Pádua, 2022.
107 f.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Santo Antônio de Pádua, 2022.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGEn.2022.m.07921370780>

1. Educação em saúde. 2. Saúde mental. 3. Saúde pública. 4. Redes de atenção psicossocial. 5. Produção intelectual. I. Rodrigues, Maria Goretti Andrade, orientador. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior. III. Título.

CDD -

Allan de Aguiar Almeida

**ILHAS, RIOS, REDES E MUROS:
A SAÚDE MENTAL NAS CARTOGRAFIAS DA CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ensino, do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior, Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ensino.

Aprovada em 11 de fevereiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria Goretti Andrade Rodrigues – (Orientadora) UFF

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante - FIOCRUZ

Profª. Dra. Ana Lúcia Abrahão – UFF

Prof. Dr. Roman Eduardo Goldenzweig - UFF

Santo Antônio de Pádua
2022

Dedico esta escrita a todos os que se aventuram no vasto campo da saúde coletiva.

Ninguém jamais escreveu ou pintou, esculpiu, modelou, construiu ou inventou senão para sair do inferno.

Antonin Artaud

RESUMO

A pretensão deste trabalho é discutir sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção de um processo formativo na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua. A necessidade de um efetivo matriciamento em saúde mental envolvendo o Centro de Atenção Psicossocial, assim como setores da Secretaria Municipal de Saúde, Assistência Social, Educação, se mostra urgente e atual. Pesquisar e mapear as minúcias da rede mostra-se fundamental para traçar os objetivos, assim como delinear discussões e trocas de saberes frente os nós e as barreiras a serem enfrentados no que tange à saúde coletiva. Considerando que o pesquisador se torna figura atuante no processo, a cartografia constitui-se viés de investigação e mapeamento dessa imbricada rede de espaços que tendem a movimentos múltiplos e variados, de avanços e retrocessos, de tutelas e interlocuções. Busca-se o desenvolvimento de políticas educacionais de saúde e a criação de saberes interdisciplinares necessários para nortear outros olhares e perspectivas transdisciplinares em processos de formação, transmissão e cuidados numa saúde ética, política e intersetorial.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Saúde Mental e Saúde Coletiva. Redes de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The aim of this work is to discuss the possible ways that can collaborate in the construction of a training process in the Psychosocial Care Network of the Municipality of Santo Antônio de Pádua. The need for effective matrix support in mental health involving the Psychosocial Care Center, as well as sectors of the Municipal Health, Social Assistance and Education Department, is urgent and current. Researching and mapping the details of the network is essential to outline the objectives, as well as outline discussions and exchanges of knowledge in the face of the nodes and barriers to be faced with regard to collective health. Considering that the researcher becomes an active figure in the process, cartography constitutes a bias of investigation and mapping of this intertwined network of spaces that tend to multiple and varied movements, of advances and setbacks, of tutelage and interlocutions. The development of educational health policies and the creation of interdisciplinary knowledge necessary to guide other transdisciplinary perspectives and perspectives in processes of formation, transmission and care in ethical, political and intersectoral health are sought.

Keywords: Health education. Mental Health and Collective Health. Psychosocial Care Networks.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------------|--|
| APAE | Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais |
| CAIMI | Centro de Atenção Integral Materno Infantil |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CFP | Conselho Federal de Psicologia |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| COVID | CoronaVírus Disease |
| CRAS | Centro de Referência da Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado da Assistência Social |
| CRM | Conselho Regional de Medicina |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FASAP | Faculdade Santo Antônio de Pádua |
| GRUPES | Grupo de Pesquisa Educação e Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INFES | Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior |
| NAIE | Núcleo de Apoio à Inclusão Educacional |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PAIF | Programa de Atenção Integral à Família |
| PPGE _n | Programa de Pós-Graduação em Ensino |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SRT | Serviço Residencial Terapêutico |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | OS TRAÇOS INICIAIS DE NOSSA CARTOGRAFIA | 16 |
| 3 | INTERDISCIPLINARIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE: PERSPECTIVAS DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL..... | 23 |
| 4 | EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ATRAVESSAMENTOS E APOSTAS NA INVENTIVIDADE DA CLÍNICA E DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO | 31 |
| 5 | NARRATIVAS, GESTOS E AS AÇÕES POSSÍVEIS NO COTIDIANO..... | 40 |
| 6 | DO PRODUIR ESPAÇOS AO TRABALHO COMUM: A BUSCA ATIVA COMO UMA CONSTRUÇÃO PSICOSSOCIAL..... | 46 |
| 7 | HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO | 54 |
| 8 | CAMPO DE TENSÕES..... | 62 |
| 9 | CARTOGRAFIAS DA CONVIVÊNCIA | 72 |
| 9.1 | As Várias Percepções e Conexões das Redes | 73 |
| 9.2 | Entradas, Acolhimentos e Interloquções..... | 74 |
| 9.3 | Diálogos Intersetoriais | 76 |
| 9.4 | Vulnerabilidades Territoriais | 78 |
| 9.5 | Acessibilidade nas Portas de Entrada | 81 |
| 9.6 | Entraves e Barreiras na Atenção Psicossocial | 83 |
| 10 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 88 |
| 11 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 93 |
| 12 | ANEXOS | 99 |

1 INTRODUÇÃO

Ouvimos e contamos histórias cotidianamente, e elas marcam nossas existências. Em contos de fadas, histórias de vida, livros, filmes e conversas produzimos sentidos, sonhos, cultura e aspirações. Do brincar ao ofício, na efervescência do tempo, as histórias nos atravessam e nos deparamos com o caos do mundo, o mal-estar, onde criamos soluções, produzimos e inventamos vida.

Ainda bem menino lembro-me que, pela rua, corria atrás de Jailson em busca de suas loucas e engraçadas histórias. Com seus trejeitos e roupas exageradas que estouravam em gargalhadas, aguardava sempre o recontar de episódios de suas histórias mirabolantes e inimagináveis que iam da Segunda Guerra Mundial, às brigas com as vizinhas, passando pelos planos com as várias namoradas.

Valmir era um senhor bem-sucedido, empresário, com saúde e uma família que estava sempre presente, mas que não conseguia fazer algo com seus excessos de angústia. O silêncio no quarto fechado, o frio do ar condicionado e iluminado com um pequeno abajur em plena luz do dia, ainda são lembranças marcantes.

Renato era trabalhador, e usuário de álcool, que terminava seus dias embriagado, caindo e tentando chegar em casa. Também pelas ruas, ainda menino tentava entender seus desvarios e excessos. As poucas lembranças que tenho são de cabelos bagunçados, roupas sujas, odor forte, ofensas de motoristas que desviavam para não o atropelar, uma voz embargada e um enforcamento.

Jailson me provocava risos ao mesmo tempo que produzia algum tipo de curiosidade frete aos seus excessos, que me intrigavam; dos silenciamentos de Valmir me contaram que era uma tal de depressão; com o suicídio de Renato, descobri que era possível alguém querer morrer.

Do menino curioso passando pelo adolescente interessado nos internos do fictício Asilo de *Arkham*, naquilo que se mostrava como estranho, atento às leituras de história, filosofia e psicologia, até chegar ao lugar de analisante, algumas outras narrativas também aconteceram. A estranha materialidade da existência se inscreveu em percursos possíveis, desencadeou-se numa graduação em psicologia, em uma transferência pelo discurso psicanalítico, pelas oportunas provocações da psicologia social e pelo curioso campo da saúde mental.

Os escritos deste trabalho nasceram também de histórias contadas e de encontros de um jovem com sujeitos em Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais Psiquiátricos, Comunidade Terapêutica, Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas e principalmente de olhares e provocações surgidas na Rede de Atenção Psicossocial dos Municípios do Rio de Janeiro, Niterói e Santo Antônio de Pádua. Tais percursos se intensificaram na gestão municipal em saúde mental, na docência superior e nas orientações e supervisões do Mestrado em Ensino, da Universidade Federal Fluminense.

Atravessados pela pandemia da COVID-19, por encontros presenciais e online, nos meios profissionais e acadêmicos, consolidamos aprendizados, assim como criamos e ressignificamos práticas dos processos de formação e do saber-fazer da clínica da saúde mental.

Pesquisas e artigos sobre interdisciplinaridade, transversalidade na prática escolar e no campo da saúde foram produzidos, assim como tomado o desafio de pensar os preceitos da formação inventiva e da educação permanente, junto a profissionais e estagiários, além dos nossos atravessamentos contemporâneos. Parte dessa produção escrita articulada ao trabalho em saúde mental e à saúde coletiva está a seguir e compõe os passos de nossa pesquisa cartográfica.

A pluralidade do campo da saúde permite várias falas e discursos, assim como oferece várias escutas do cotidiano, e assim, estar no campo da saúde mental é trabalhar com práticas interdisciplinares e transdisciplinares, onde o real do cotidiano impõe reflexões para além de idealismos e nos atinge na busca de soluções efetivas e éticas.

Ao pensar essa interdisciplinaridade, a troca de saberes e práticas diversas frente ao cuidado em saúde mental, se depara cada vez mais com a necessidade de um apoio matricial, dado que muitas são as categorias profissionais da área. Por isso, a articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial se faz como fundamental nesta pesquisa ao se pensar o cuidado compartilhado e a integralidade da saúde coletiva, discussão que acontece páginas à frente.

Mesmo com os paradigmas da reforma psiquiátrica, como a desinstitucionalização por exemplo, com toda a remodelação feita, chegar num hospital geral e ouvir de um profissional que *“O lugar desse pessoal não é aqui. Eles tinham que estar trancados em algum lugar... tem que tirar essa gente daqui... eles dão muito trabalho...”* faz ter certeza que ainda se tem muito a avançar. Ainda em relação ao enclausuramento e às condutas iatrogênicas, ouve-se de uma mãe que o filho *“precisa de internação longa... Ele não pode se tratar aqui no CAPS... Ele precisa de uma clínica... Ficar trancado lá por uns 6 meses, um ano... no mínimo”*. A palavra *“trancado”* reverbera e convoca a intervenções.

Com estudantes, que possuem a psicologia como referência, que serão possivelmente futuros profissionais da área, parece um tanto estranho ser questionado sobre “*Qual o melhor remédio? Qual o remédio mais moderno que se poderia tomar para resolver esses problemas com a família e com os vizinhos?*”. Soluções biológicas e silenciadoras são sonhadas quanto à resolutividade de problemas sociais.

Para o legislativo a ideia de “*fazer um projeto de lei para mandar botar grade ao redor...*” para evitar acidentes ou fugas ainda se mostra uma medida pensada como condição de segurança face à ingênua periculosidade remetida àqueles com sofrimentos mentais. Tal situação não chegou a se configurar em legislação, mas o fato do CAPS se situar em uma ilha fluvial, já disparou tais colocações entre vereadores que chegaram a veicular a ideia, conforme relato direto com a direção geral do departamento de saúde mental do município. Mesmo com as propostas e o solidificado trabalho de reinserção social dos moradores do Serviço Residencial Terapêutico, a estagiária de enfermagem questiona a liberdade e pergunta: “*Eles moram nessa casa aberta e não tem nenhum risco de saírem soltos pela cidade afora?*”. Frente aos problemas da vida, que compõem também dificuldades sociais e subjetivas, um pai angustiado afirma: “*Se dessem um tiro na cabeça dele, ou se ele se matasse... seria melhor... Pelo menos eu teria paz*”. Do poder executivo, na ponta da gestão, tentando entender o lugar de um Centro de Atenção Psicossocial pergunta-se “*O que é que eles fazem? E vocês[profissionais] fazem o quê, afinal?*”.

Esta pesquisa surgiu a partir dessas e de outras tantas provocações do cotidiano e no enfrentamento de demandas variadas de pacientes, familiares, profissionais e instituições. As respostas silenciosas, reducionistas e normativas, face aos dispositivos intersetoriais e a gama de saberes interdisciplinares produzem desconfortos, desentendimentos e convidam a fazer pesquisas e produções discursivas de cuidado numa clínica que se propõe efetiva frente ao modo como lidamos com o sofrimento mental.

Enquanto psicólogos atuantes, no campo da educação e gestão, movidos pela lógica e pela ética de uma interlocução de saberes, faz-se necessário pensar a educação em saúde, as articulações na Rede de Atenção Psicossocial, assim como trabalhar a Saúde Coletiva naquilo que ela tem de mais rico pela vertente interdisciplinar e intersetorial.

Pensar e prestar uma “Atenção Psicossocial” constitui-se em sustentar uma proposta de se haver com uma rede de cuidados com orientações diversas que por vezes se conflitam, e reside em se deparar com questões que se renovam e se apresentam cotidianamente em vários campos do saber e do território. Como promover a cidadania de todos, enquanto se

oferece uma clínica de cuidados singularizada, transdisciplinar e que abarque as mais variadas demandas e origens? Como fazer laços entre a gestão, a clínica e a política pública?

A loucura, o sofrimento humano, podem ser apreendidos por diferentes olhares, tempos e espaços, e todos os modelos teóricos não conseguem bem representá-la, deixando sempre indicada uma fenda, um ponto obscuro, ininteligível, e que escapa a qualquer representação possível. Eis o paradoxo que se faz frente a toda e qualquer ideia de sistematização que busque representar plenamente os fatos. Não se possui uma fala linear em nenhum dos campos discursivos, o que não seria diferente na saúde coletiva ou na saúde mental. Tais saberes não abarcam toda a complexidade do trabalho, principalmente quando não se fala a mesma língua, o que leva simplesmente a escolher a abordagem e os instrumentos que se julga melhor, e com isso, de preferência, se apodera de um justo compromisso ético. Daí a reflexão constante e necessária que propomos.

Quanto a um trabalho que se proponha ético, um norte seriam os efeitos de ações e a não sustentação de ideais. Ao levar em consideração que há uma brecha entre o preceito e a ação, cuidar se mostra como uma ética das mais variáveis definições e significados inconstantes, que só podem ser medidos nos seus efeitos e consequências cotidianas. E assim, questionamos quais os princípios éticos que norteiam e se transmitem na assistência e no acompanhamento em saúde mental? Há propriamente elos de cuidado e uma real criação de saberes e modos de vida, ou há modos outros de enclausuramentos e controle?

Esse relato se localiza nos encontros e desencontros dos serviços de saúde, nas práticas discursivas do cuidado, e tem como objetivo geral discutir sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção e transmissão de um processo formativo na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, RJ.

Como objetivo específico, buscamos cartografar acontecimentos na rede de atenção psicossocial através do matriciamento em Saúde Mental considerando as principais éticas do cuidado em saúde e como este cuidado toma a amplitude necessária para se promover uma interlocução de vários saberes e na integralidade do cuidado humanizado. Em nosso percurso também aparece como objetivo específico elaborar referenciais teórico-metodológicos nos processos de formação com alunos e estagiários de cursos técnicos, e de graduação que atuam na Rede de Atenção Psicossocial, face à construção de uma consciência cidadã que articule clínica, ética e política.

Outro objetivo específico consiste em produzir conhecimentos qualificados sobre saúde coletiva através de ações e reflexões transdisciplinares, frente às ações fragmentárias e parciais do cotidiano e relatando as principais dificuldades na organização das várias redes

e nos processos de gestão e planejamento local em saúde pública. A busca em abarcar os elementos socioculturais e educacionais na região a serem acionados, e até mesmo criados, a fim de favorecer a produção de conhecimentos, e o desenvolvimento de processos de formação a integrar as variadas esferas públicas e o compromisso com o social, apresenta-se como um outro importante objetivo.

Esta necessidade de pesquisar nasceu como estagiário do curso de graduação em psicologia da Universidade Federal Fluminense, nas rápidas e intensas manhãs de um Grupo Terapêutico de Bom Dia, com pacientes e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência, em Santo Antônio de Pádua, cidade do noroeste do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cresceu em outros CAPS, ambulatórios, serviços residenciais, hospitais gerais e psiquiátricos, na articulação com as leituras e pontuações de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Manuel Desviat, Fernando Tenório, Pedro Gabriel Delgado, Paulo Amarante, Maria Goretti Rodrigues, e tantos outros grandes colegas de percurso e formação.

Tomou forma ainda maior ao longo de um trabalho junto ao Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O desejo era investigar as “Éticas, Discursos e a Clínica da Saúde Mental”, junto aos profissionais, que até então, compunham a equipe do Programa de Saúde Mental do Município de Santo Antônio de Pádua: Quais seriam os objetos, as ferramentas e os objetivos a visar um cuidado em saúde mental? Com o que trabalhariam, quais os instrumentos frente a este trabalho, e o que pretendiam alcançar? As respostas foram muitas, produziram mais questionamentos, indagações outras e ressoam ainda hoje.

O tema apresentado nesta pesquisa vem dos conflitos cotidianos frente à gestão de serviços de saúde mental, e ao desafio de um real trabalho intersetorial ao mesmo tempo que transdisciplinar. Vem de falhas, perdas, quebra de ideais. Ressurge na docência superior em questionamentos próprios, de alunos e estagiários. O desconforto aqui convida necessariamente à análise da conjuntura social e da produção discursiva e pedagógica, assim como impõem ações e intervenções necessárias.

O acontecimento dessa pesquisa se deu em época de pandemia, o que também foi um analisador e mais à frente são traçadas considerações sobre esse tempo, contextualizado no Brasil.

2 OS TRAÇOS INICIAIS DE NOSSA CARTOGRAFIA

O esboço inicial deste trabalho convidou a realização de um estudo no qual se trabalhou com uma pesquisa intervenção, com participação intencional do pesquisador e dos sujeitos que são ao mesmo tempo objetos e sujeitos desta pesquisa. O pesquisador aqui está em processo constante de investigação, sendo figura dinâmica, viva, que faz movimentos durante sua investigação. A cartografia como ethos de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos, sobre os objetos, sobre o pesquisador e a produção do conhecimento, assim como do próprio percurso da investigação (PASSOS; KASTRUP & ESCÓSSIA, 2015).

Colocar lado a lado pesquisador e pesquisado, sujeito e objeto, sujeito e sujeito, pesquisa e mundo, considerando a força de interpelação e perturbação que esta atitude inclusiva provoca. Fazer de tal lateralidade menos um antagonismo do que a agonística que nos anima e força a pensar (PASSOS, KASTRUP, TEDESCO, 2013, p. 11).

O ethos cartográfico se apresentou aqui como trabalho, uma vez que o pesquisador é figura atuante no processo de investigação, causando e sofrendo impactos em sua análise, onde não há um princípio de identidade propriamente entre o sujeito e o objeto, nem no sujeito, nem no objeto (DELEUZE, 1988).

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (ROLNICK, 2006, p. 23).

Pensamos a cartografia como um além, um escrever cenas de implicação, uma narrativa daquilo que permite acompanhar os processos, seguindo as pistas que o campo oferece. Abandonando o lugar de uma objetividade possível, ficamos abertos ao imprevisível e à implicação de processos, de produções e conexões, de redes, com aposta na experimentação do pensamento, na criação de linhas de fuga e na invenção de multiplicidade.

O campo de trabalho e de investigação se fez intersetorial e transdisciplinar ao abarcar profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município de Santo Antônio de Pádua, no Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Optamos por uma pesquisa que se dedicou ao processo de revisão de literatura e de investigação clínico-institucional. O campo empírico

A pesquisa se delineou ao longo dos fluxos, além muros e nas malhas das redes, metáfora utilizada para o cotidiano dos serviços.

O campo empírico se deu por entrevistas individuais, em função da pandemia da COVID-19. Como estratégia metodológica os encontros aconteceram, via *Google Meet*, no formato de entrevistas semiestruturadas, com os profissionais indicados pelos Secretários Municipais de Saúde e Saneamento, Educação e Cultura, Assistência e Desenvolvimento Social e do Departamento de Saúde Mental de Santo Antônio de Pádua-RJ.

As entrevistas aconteceram em datas e horários definidos e agendados conjuntamente, via telefone ou e-mail, a partir da disponibilidade dos participantes e tiveram duração de aproximadamente uma hora, sendo estendido ou reduzido frente à necessidade, disponibilidade ou vontade dos participantes. Tomamos os cuidados para agendarmos as entrevistas com antecedência, bem como enviar o link de participação. Como as entrevistas foram virtuais, existia a possibilidade de interferência nas redes de internet e energia elétrica, porém estas não geraram intercorrências.

Tais entrevistas semiestruturadas, com profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, pedagogia, psicologia, psiquiatria e serviço social foram encontros, conversas com finalidades dialógicas com os sujeitos envolvidos a partir das reflexões sobre suas práticas profissionais. Nos organizamos de modo que houvesse um entrecruzamento, uma fluidez de perguntas abertas e fechadas a dar plena liberdade para os entrevistados não se prenderem à pergunta previamente elaborada (MINAYO, 2012).

A escolha prévia dessas entrevistas semiestruturadas veio com a possibilidade de recolher as narrativas orais dos sujeitos da pesquisa. Com Tedesco, Sade e Caliman (2013) abordamos a entrevista também a partir da perspectiva cartográfica. Não fechados em um modelo específico, mas a partir de um *ethos* cartográfico como orientação geral dos procedimentos ligados à sua elaboração. Assim o manejo da entrevista é pensado como intervenção recíproca entre signos e mundo, onde se dá uma abertura da experiência, nos processos de invenção de si e de mundos.

Nos encontros apresentamos algumas questões disparadoras de pistas para a cartografia de processos emancipatórios no cuidado intersetorial e transdisciplinar, e dentre algumas, estavam:

- 1 - O que você entende como formas de comunicação possíveis em rede no município?
- 2 - Qual o papel da Atenção Primária em Saúde no território? Quais acolhimentos e diálogos com as demais instâncias de cuidado no município tem acontecido?

3 - Como a Educação tem enfrentado o desafio do isolamento social? Qual a dimensão do diálogo no território das escolas junto às estratégias de saúde coletiva e saúde mental?

4 - Como tem sido abordada as situações de violência doméstica, vulnerabilidades sociais e o impacto do uso de substâncias psicoativas? Quais os reflexos na Assistência Social e quais possibilidades de apoio em rede têm surgido?

5 - A pessoa em sofrimento psíquico tem tido a possibilidade de um acolhimento amplo na rede de apoio do território?

6 - O que pode ser apontado como entraves para uma efetiva intersetorialidade no cuidado integral e quais seriam as barreiras de acesso a este cuidado?

Referente à avaliação dos riscos-benefícios possíveis desta pesquisa, informamos que não haveriam riscos objetivos para os participantes em relatar situações cotidianas e profissionais, ou a ocorrência de situações que pudessem afetar pessoalmente os participantes. Caso houvesse a ocorrência de eventual desconforto, ou não entendimento, no decorrer das atividades da pesquisa, o participante poderia apresentar e dialogar sobre suas demandas subjetivas e estas seriam acolhidas pelo pesquisador. Foi um trabalho interessante de ser realizado, pois o senso de acolhida e interlocução e laços foram reforçados.

Em função da Pandemia da COVID-19, a pesquisa não apresentou riscos aos sujeitos envolvidos, dadas as entrevistas realizadas de modo privado e em formato virtual, onde foram tomados os cuidados de segurança em relação ao risco de vazamento de informações. Para maior segurança dos participantes, tivemos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido em conjunto com os sujeitos entrevistados. O Termo foi enviado anteriormente à data marcada para a entrevista, por e-mail, assim como solicitada a assinatura e envio por formato digital. O cuidado com cada um dos participantes foi a garantia do anonimato e foi explicitada a possibilidade de desistência da participação a qualquer momento.

A relevância desta pesquisa, como já explicitado, se apresentou no investigar os nós e barreiras que impedem um efetivo e humanizado cuidado em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, assim como proporcionar um matriciamento em saúde mental que seja intersetorial e transdisciplinar. Como benefício, esclarecemos que essa pesquisa teve como proposta ganhos no trabalho coletivo e integrado, a visar novos olhares e práticas sobre os processos de matriciamento em saúde mental e, com isso, acreditamos que ampliou a atuação intersetorial dos profissionais da rede de atenção psicossocial do Município.

A criação de espaços comuns de fala, onde as tensões do campo possam ser dialogadas, foi uma estratégia pensada para fazer emergir “analisadores”, no sentido que lhe dá Lourau (1993), que revelam situações que precisam vir à tona, com a desmaterialização das formas da opressão a se esconder nas forças instituídas. O analisador, ferramenta da Análise Institucional, também pensado por Guattari (2004) é o evento transversal que vai denunciar, ao mesmo que vai proporcionar a potência de mudança em ato, de transformação da realidade, questionando especialismos e o mecanicismo rígido das relações. Assim explicitando uma problemática e causando desvios possíveis, o analisador se apresenta tanto na vertente da produção de conhecimento, quanto na intervenção a abrir vias de processos revolucionários, como pontuam Passos e Rossi (2014).

Como crítica a uma racionalidade estanque e hegemônica, visamos uma democratização organizacional através de coletivos, tendo como objetivos a oferta de bens e serviços, com a participação de sujeitos no construir processos de trabalho e de saúde. Perpassado pelos saberes de diversas clínicas, pela administração, pela política, pela psicanálise, pela pedagogia, pela análise institucional e diversos outros, o Método Paidéia (CAMPOS, 2014), busca ampliar o modo como lidamos com informações e saberes, como lidamos com nós mesmos, com as situações e contextos cotidianos. Sua contribuição se dá na tomada de decisões, tanto quanto nos estabelecimentos de compromissos e contratualidades por parte de todos os envolvidos.

Já neste movimento inicial das entrevistas foram sinalizados outros olhares e um conjunto de mudanças na atenção e no cuidado em saúde, na via de uma responsabilização, ampliação de práticas e ações interdisciplinares, não fragmentando, nem tendenciando o cuidado, não obrigatoriamente direcionado para a pura e perigosa medicalização iatrogênica dos corpos.

Saindo de uma lógica das urgências, de um paradigma puramente biomédico, de padronização e protocolos estanques, fez-se necessário pensar soluções e tomar para si a construção de uma interdisciplinaridade, um verdadeiro trabalho intersetorial, de redes. Ao pensar os impactos iniciais do trabalhador da saúde mental com as lentes do cartógrafo, foram trazidas reverberações teóricas de intensas vivências na prática. A análise de dados foi realizada a partir das narrativas e discursos encontrados nas entrevistas, observações, análise documental e levantamento bibliográfico.

Os participantes foram convidados, a partir de contato com os secretários Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, a apresentarem suas instituições, seus cotidianos, soluções e angústias. Assim o critério de inclusão foi de dois participantes por Secretaria

indicados como representantes das esferas públicas envolvidas na dimensão da intersetorialidade municipal. O número total foi de doze de participantes envolvidos diretamente na pesquisa: sendo dois profissionais representantes das Secretarias de Assistência e Desenvolvimento Social, dois profissionais representantes da Secretaria de Educação e Cultura e outros dois representantes das demais unidades da Secretaria de Saúde e Saneamento. Completando tivemos outros seis profissionais da equipe do Departamento de Saúde Mental do município composto por psicólogo, enfermeiro, assistente social, psiquiatra, nutricionista e técnica de enfermagem que foram convidados pelo diretor geral do Departamento, dado estes serem figuras chaves no processo de discussão da temática dentro de uma perspectiva coletiva de tratamento. Todos os participantes foram convidados a estar na pesquisa caso tivessem disponibilidade e interesse na temática das Redes de Atenção Psicossocial.

O critério de exclusão foi deixar o vínculo com o poder público municipal durante a pesquisa ou não comparecer à entrevista agendada de antemão. Os profissionais tiveram a liberdade de desistir da entrevista em qualquer momento, sem nenhuma justificativa, o que não os iria causar nenhum prejuízo.

A metodologia de análise de dados foi realizada a partir das narrativas e discursos encontrados nas entrevistas e no levantamento bibliográfico. A hipótese que sustentou a pesquisa é de que esse cuidar compartilhado, a intersetorialidade e a transdisciplinaridade, como possibilidades de atuação numa clínica ética e política podem proporcionar um fazer mais efetivo e integral no campo da clínica como um todo, tal como apregoada pelos processos de humanização do Sistema Único em Saúde.

No noroeste do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, aconteceu o fechamento da Clínica de Repouso Itabapoana, em 2013, o que nos convidou a uma intensificação e reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial. O movimento da Reforma Psiquiátrica, com a construção de espaços comunitários e territoriais do cuidado exigiu e ainda muito exige a constante reconstrução dos saberes cotidianos, remodelando a cidade e o fazer clínico. O cuidado, a atenção, o apoio, o estar lado a lado se tornam fundamentais nos fortalecimentos dos laços.

Em meio a olhares normativos, judicializações, universalismos e imposições protocolares, construímos um trabalho onde o cuidado se dá pela sustentação de outros paradigmas de saúde para além de uma tutela do Estado ou simples suporte assistencial, mas por interlocuções e possibilidades dialógicas de encontros e afetos. Como intercessores, propomos encontros e a criação de um espaço comum de fala entre os diferentes dispositivos da rede, onde as tensões do campo possam ser dialogadas.

Nada é mais transversal que um acontecimento analisador e eles nos surgem a todo o momento da prática clínica e institucional. Aparece na fala assustada de um profissional ao questionar “*como um CAPS pode e consegue funcionar sem psiquiatra por 6 meses?*”, aparece nas constantes faltas dos profissionais que dizem “*não tenho tempo*” para as reuniões intersectoriais da Rede de Atenção Psicossocial. Analisadores aparecem nas falas normativas dos corredores: “*trabalho cumprido: já foram pegos, atendidos, medicados e estão quietos agora*”, acontece no pátio, na fala do jovem paciente que pergunta se “*eu vou ser esquizofrênico para sempre?*”. Assim como na afirmação de outro paciente que, quando questionado sobre seu diagnóstico, diz: “*eu sou gente!*”.

Seja na gestão ou na atuação direta, este movimento se faz necessário na ruptura dos limites estanques das disciplinas e dos especialismos, para se pensar nos aspectos transdisciplinares da produção de saúde e de outros modos de subjetivação: nas equipes, nos sujeitos, nos espaços da cidade. Deste modo, pensar nesta rede implica em descolar das relações protocolares, tanto quanto, tomar posições éticas e políticas de funcionamento amplo no território.

O lugar da experiência cotidiana, que nos proporciona transformações pessoais e deslocamentos de lugares e certezas, nos interroga: Como criar um diálogo aberto, um plano comum de trabalho, com o empenho de todos? O que os profissionais e nossos usuários, dos mais diversificados equipamentos de saúde, têm a dizer sobre o sofrimento psíquico? O que querem e quais apoios necessitam? Para além do “*enxugar gelo*” e “*apagar incêndios*”, como proporcionar uma atenção e um cuidado em saúde mental, minimizando as barreiras de acesso? Como construir serviços de qualidade e promotores de saúde e de vida?

Como itinerários em nosso mapa esteve a escuta sensível aos profissionais da Atenção Primária, Ambulatórios, Hospital Geral, Centros de Referência da Assistência Social, Educação e do Departamento de Saúde Mental, assim como uma escuta atenta na clínica do cotidiano abrindo espaços terapêuticos no cartografar essa grande e tensionada rede.

Trabalhar os processos de humanização e acolhimento em saúde mental e coletiva, os projetos terapêuticos compartilhados, pensar os possíveis vínculos e a responsabilização do cuidado frente à demanda e manejos se faz norteador, assim como cartografar e intervir na lógica estanque das redes mostra-se sempre como fundamental.

A partir de situações clínicas e de analisadores, faz-se com que a estrutura da organização possa vir à tona, se apresente e se revele, propiciando as necessárias rupturas e intervenções. Cartografar do Centro de Atenção para a Rede Psicossocial é apostar nesse processo transdisciplinar, dialógico e contínuo, tanto como apostar na partilha de

responsabilidades, tomando o trabalho em sua vertente criativa, plural e promotora de diferença.

3 INTERDISCIPLINARIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE: PERSPECTIVAS DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

No Brasil, os anos 1970 se apresentaram como a origem de todo o movimento da reforma psiquiátrica, a partir de ideais e valores próprios frente a uma política de Estado que se marcava por um autoritarismo aliado a uma ineficácia na assistência pública. A década de 1980 foi marcada por uma ampliação, um aprimoramento técnico, com ressalvas para o asilo e o ambulatório, o que culminou para a criação de serviços baseados numa lógica territorial. Nos anos 1990 estabeleceram e instituíram-se o modelo de assistência em saúde mental, com a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, como organizadores do modelo de cuidado, além de uma diversificação de serviços e dispositivos para a criação de uma rede de instituições a acolher os portadores de algum sofrimento psíquico, seja ele em quais níveis fossem. No ano de 1996 criou-se em Santo Antônio de Pádua o CAPS Ilha da Convivência (RODRIGUES, 1999).

Os anos 2000 mostram uma mudança no nível das políticas públicas, onde a promulgação da Lei nº 10.216 e da Portaria nº 336 trouxeram diretrizes legais e um aumento da rede pública de cuidados em saúde mental: serviços comunitários abertos e regionalizados fazendo parte da atual proposta dos dispositivos, que não mais enfatizam a lógica hospitalocêntrica para aqueles que necessitam de cuidados no campo psiquiátrico, mas uma clínica aberta e viva. Assim, a rede de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde visa a garantia de acesso ao tratamento, um sistema universal e que responda às mais variadas necessidades e demandas (BRASIL, 2001).

O trabalho na rede de saúde mental é assim atravessado pelas diretrizes de uma política pública enquanto elemento orientador, e geral, assim como pelas particularidades e especificidades de cada clínica, de cada discurso, de cada caso. Transformou-se uma ação setorial em política de Estado, um modelo hospitalar em um modelo comunitário:

Cabe ainda evocar uma ética da responsabilidade, aquela que fala do ‘tomar a si a responsabilidade de tratar’, não do delegar a outrem o que por lei está dado aos profissionais, e negociar a tutela quando a razão do louco se impuser aos desmandos dos agentes da sociedade. Discutir condutas humanas pertinentes numa sociedade de cidadãos implica num permanente exercício sobre a transitoriedade de situações e diagnósticos (PITTA, 2001, p.103).

Deste modo, há uma resposta social onde alguém tem de fazer valer seus direitos, seja o direito ao tratamento, cuidados quanto aos arranjos cotidianos e necessários. Assim defende-se também que as condições de sobrevivência devem estar adequadas às suas próprias limitações, onde cuidar é dever do Estado.

Silva (2005) aponta que a atenção psicossocial envolve diferentes procedimentos: seja a mediação das trocas sociais no sentido de aumentar a contratualidade do sujeito, seja propiciar um melhor gerenciamento de si, enfatizando uma melhor autonomia, ou então, poder tornar-se referência a fim de se garantir um vínculo de confiança e assim uma continuidade no tratamento.

Em trabalho anterior (ALMEIDA, 2012) argumentei que os serviços comunitários em saúde mental integram redes de apoio ao sujeito, trazendo uma noção de mobilidade no território. Não esperariam as demandas espontâneas do sujeito, por intervirem direta e politicamente no contexto simbólico da comunidade, construindo de algum modo uma relação contratual com o sujeito, e a partir desse, com todo o tecido social.

A reforma psiquiátrica diz respeito a uma profunda mudança nas políticas públicas em saúde mental ao dar ênfase ao atendimento comunitário em detrimento à lógica hospitalocêntrica, e ainda que o redirecionamento assistencial do hospital para a comunidade não se dá apenas pela via de uma simples transposição, mas faz-se por toda uma desmontagem de saberes e práticas específicas, exigindo assim novos modos de sociabilidade, e de produção de saberes e valor social.

No campo da saúde mental tais parcerias e redes de suporte social são alguns dos modos de atenção diferentes da internação, do fármaco ou do silenciamento advindo do sofrimento psíquico. Agenciar, partilhar, negociar os cuidados aos profissionais, à vizinhança, e aos usuários são práticas concernentes ao campo da saúde mental, dessa permanente construção de redes (ALMEIDA, 2012, p. 22).

Os limites, soluções, diversificações e impasses das instituições públicas de saúde, que são criadas e ao mesmo tempo ameaçadas pelo descaso das autoridades, dos profissionais e até da população que é usuária, fazem parte do cotidiano dos serviços. Uma das maneiras de se construir e se exercer uma política de saúde que se proponha pública, se dá por meio de ações a organizar um conjunto comum de atos a integrar programas que vão do Ministério da Saúde, passando pelas secretarias Estaduais e Municipais, até chegar aos profissionais e usuários dos serviços.

Rodrigues (1999) narra que objetivando um maior atendimento, no Município de Santo Antônio de Pádua – RJ, em 1992 deu-se a origem de um movimento para a implantação de um Programa de Saúde Mental, para além da internação onde:

O CAPS Ilha da Convivência, além de ser um lugar de tratamento, que visa produzir importantes modificações nas existências psicóticas e no sofrimento dos neuróticos graves, é também um local de convívio social e cultural. Dentro deste, doença mental tenta ser encarada diferentemente de um mal obscuro que afeta as pessoas, embora considerando-a como enigma, encerrando uma imensa dimensão da dor humana, o problema da solução-cura é entendido tendo de se transformar em produção de vida, de sentido e de sociabilidade. No processo de tratamento procuramos articular os referenciais e paradigmas teóricos advindos de pesquisas junto a trabalhos similares que apresentam alto índice de melhoria de qualidade de vida dos usuários com a diversidade e pluralidade que o campo apresenta (RODRIGUES. 1999, p. 223).

Garcia (2002) propõe deste modo, o conceito de “saúde a ser inventada”, na qual há um sujeito que comparece a partir de sua singularidade, e não de leis gerais, universais, domesticadoras ou normativas. Deve-se estar atento, pois o ato de cuidar nos exige estar implicados não por um exercício de um saber-poder, mas de estar destituídos de qualquer ordem de uma identificação, mera domesticação ou adaptação institucional.

Frente aos desafios de um trabalho amplo e necessário, o Ministério da Saúde passou a destacar a importância de uma articulação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental a fim de viabilizar o acesso à saúde e a qualificação dos cuidados. Dentro deste cenário, surge o projeto Humaniza SUS, que inclui elementos essenciais no cuidado.

Para se chegar a uma Rede de Atenção Psicossocial que alcance os objetivos da ampliação do cuidado pensa-se no matriciamento, que se efetua através do suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas a uma equipe interdisciplinar. Esse apoio tem como intuito ampliar o campo de atuação dessas equipes e qualificar suas ações no território. Assim, “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011, p. 13).

O apoio matricial deve apresentar um cuidado colaborativo e coletivo entre a saúde mental e a atenção primária, e essa relação amplia a possibilidade de realizar uma integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões:

Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo

da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção de conhecimento (BRASIL, 2011, p. 16).

Por vezes, os sistemas de saúde, que deveriam ser de acesso universal, insistem em se organizar de forma hierárquica, burocrática, de modo iatrogênico, protocolar, puramente mecanicista, não respondendo às demandas plurais, criando situações a agravar o que se toma por uma integralidade em saúde e por autênticas linhas de cuidado. E assim os impasses no cotidiano provocam a necessidade de se pensar os processos de formação e a transmissão da clínica.

Em fevereiro de 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, lançou a Nota Técnica Nº 11/2019 fazendo alterações contrárias à reforma psiquiátrica na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, com novas ações para o suposto fortalecimentos da RAPS (BRASIL, 2019).

Nesta nota técnica apresentaram uma série de alterações estabelecidas como uma “Nova” Política de Saúde Mental onde o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento (BRASIL, 2019). O CAPS não é mais considerado substitutivo ao modelo manicomial. A eletroconvulsoterapia vem resgatada como método de tratamento viável e modernizado, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Serviços Hospitalares de Referência em Saúde Mental são redefinidos quanto ao seu funcionamento (BRASIL, 2019). A política de drogas passa a privilegiar o modelo da abstinência e não mais o de redução de danos, vindo reforçar a política proibicionista, além de fortalecer o ideário das Comunidades Terapêuticas. Além da possibilidade de internação de crianças e adolescentes como intervenção possível e cabível (BRASIL, 2019).

A nota técnica fez ressurgir novamente a ênfase num modelo de tratamento hospitalocêntrico, biomédico, de redefinições de competências, de reajustes na gestão e no custeio, por um viés de “aprimoramento” e “embasadas em evidências científicas”. A construção de uma reforma sanitária e psiquiátrica, de anos, com uma clínica mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada se vê convertida em ações de interesse do mercado e do capital privado.

Estar em processo de formação permanente, além do compromisso com o ensino, e a troca de saberes frente aos impasses atuais, mostram ser inseparáveis: o conhecer e o fazer, o pesquisar e o intervir.

São identificadas três linhas de pensamento no campo da saúde mental brasileira: a psiquiatria biológica, a psiquiatria guiada pela reforma italiana e a psiquiatria influenciada pela psicanálise (BEZERRA, 1999). O autor destaca que estas não são unívocas, apresentando cada uma delas concepções e práticas rígidas e dogmáticas, por vezes abertas à cooperação com outros saberes.

De acordo com Costa (2001), são três os tipos de conceitos de ética, modos de exercício da ética na assistência em saúde mental, estes que vão se caracterizar por analogias e diferenças, fronteiras e transições: uma ética da tutela, uma ética da interlocução e outra, a ética da ação social.

A partir de um olhar interdisciplinar, Costa (2001) também pensa numa ética dos cuidados, que não visa formular preceitos, mas que é prescritiva quando diz que nada do que se faz pode atentar contra a integridade do semelhante.

Essa postura ética possível, de uma ética dos cuidados, pode ser chamada como um novo lugar, frente à apropriação, partilha e integração de saberes e conceitos plurais. Aquele que sofre é um sujeito e não um corpo, daí o fundamental lugar da linguagem e do cuidado frente à investigação destes processos de tratamento, não enquanto uma manifestação patológica codificável ou coisificada, tampouco mero sinal de correção, ajuste ou resposta rápida, mas como espaço de possibilidades de se mostrar a dimensão de uma queixa que particularize o pedido de ajuda. A linguagem aqui deve ser ouvida por toda essa gama de profissionais a compor uma equipe na disponibilidade de se haver com situações não previstas e soluções a serem descobertas ou inventadas.

Porém, a medicalização vem a ser o principal, se não o único elemento norteador do tratamento, assim como a supressão dos sintomas a qualquer custo, seja por parte dos profissionais ou mesmo pelas demandas dos próprios usuários. Burocratizando as práticas em saúde mental, o lugar da psiquiatria se destaca na constante e incessante prescrição e consumo de fármacos, na elaboração de receitas e laudos como a principal e mais rápida terapêutica. Desconsideram assim todos os trabalhos possíveis e todas as responsabilidades com outras áreas e saberes como a psicologia, a enfermagem, o serviço social, a terapia ocupacional, a fisioterapia, familiares, assim como os outros recursos intersetoriais do território.

O lugar do diagnóstico, a prescrição do fármaco tendo como objetivo controlar o comportamento, centra-se apenas na racionalidade biomédica, no adoecer e no atendimento individual, desconsiderando toda a perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde. A resolução das crises encontra na medicação seu aporte.

O tratar em saúde mental, as lógicas do cuidado pedem e privilegiam a coletividade no espaço territorial, a intersetorialidade e a inclusão do sujeito em seu meio, enfatizam a lógica interdisciplinar. O objetivo passa pela sustentação de um modelo de atenção, onde o cuidado do usuário passa necessariamente pelo seu contexto existencial, na construção de vínculos, considerando as soluções e as problemáticas de sua dinâmica sócio familiar.

Tomando a interdisciplinaridade enquanto uma atitude de ousadia rumo ao ato de conhecer, afirma que podemos questionar o lugar dos profissionais e professores e também:

Das diferentes esferas da sociedade necessitadas de rever as exigências dos diferentes tipos de sociedades capitalistas onde o cotidiano das atividades profissionais deslocam-se para situações complexas para as quais as disciplinas convencionais não se encontram adequadamente preparadas (FAZENDA (2008, p 96).

A autora afirma que a interdisciplinaridade na formação e na práxis profissional vem ao encontro com as demandas cotidianas a exigir a articulação de uma tríade de saberes, que são, disciplinares, técnicos e teóricos que não sigam hierarquizações ou linearidades (2008, p. 99). Ao se pensar as conceituações plurais a autora vai defender que:

Quem habita o território da interdisciplinaridade não pode prescindir dos estudos transdisciplinares. O cuidado construído arduamente nos dois territórios precisa ser devidamente respeitado em suas limitações, mas principalmente nas inúmeras possibilidades que se abrem para uma educação diferenciada onde o caráter humano se evidencia (FAZENDA, 2008, p 102).

Frigotto (2008, p. 44), ao tratar da interdisciplinaridade como uma necessidade, pontua que, se o processo do conhecimento venha a nos impor a delimitação de um problema, isso não significa que teremos de deixar as múltiplas determinações que o constituem. O autor ainda nos adverte que o trabalho interdisciplinar deve acontecer a partir de se transcender o empiricismo e o positivismo culturalmente herdados, assim como nos implica a atuar dentro da dialética do velho e do novo a fim de permitir a socialização do processo de conhecimento e da construção de relações a romper com os ditames da alienação e da exclusão.

Na perspectiva da formação pode-se pensar que uma clínica transdisciplinar é uma construção que se dá na atitude de explorar vizinhanças, tomada como metáfora para os dispositivos da rede no território, e outros saberes com o objetivo de encontrar ou construir estratégias:

A transdisciplinaridade, pensada a partir da filosofia de Deleuze/Spinoza, é, assim, o acolhimento da multiplicidade. Quanto mais encontros fizermos, mais possibilidades experimentaremos, podendo atingir uma crescente complexidade, tanto no que diz respeito ao corpo quanto à mente. Para Spinoza, afeto diz respeito à variação de potência: na alegria, pensamos e agimos melhor; na tristeza, somos menos inteligentes e mais fracos. A complexidade é uma das facetas da transdisciplinaridade e diz respeito ao acesso ao plano do comum ou da multidão: diferentes campos do saber, diferentes aproximações com relação a um mesmo fenômeno, contribuem para uma complexificação das concepções sobre esse fenômeno. Essa complexificação atende à expansão da vida e da potência humanas (RAUTER, 2015, p. 51).

A perspectiva da clínica transdisciplinar é atravessada pela multiplicidade, esta que deve ser captada pela via da invenção e da criação.

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos (GUATTARI, 1986, p. 96).

A clínica da saúde mental está na interface de composição de saberes da saúde coletiva, do contexto neoliberal, das ciências biológicas, das ciências humanas e sociais. Um cuidar, que se propõe interdisciplinar, se constrói numa artesanaria de saberes que exige pensar seus objetivos e finalidades para além de uma produção de saúde.

Um cuidado, que também contribua para uma produção de autonomia dos sujeitos, uma ampliação da capacidade de autocuidado, de compreensão de si e dos processos de saúde e adoecimento, e que estabeleça compromissos e contratos sociais e subjetivos. De acordo com Amaral e Campos (2007, p. 853), “a prática clínica necessita de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica; parte desses conhecimentos pode ser buscada na Saúde Coletiva, na Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Políticas e, até mesmo, em noções de Gestão e de Planejamento”.

A terapêutica, nesse processo, não se restringe às consultas, aos fármacos e às intervenções biológicas apenas, mas vai ao encontro também do poder da linguagem, da escuta, da educação em saúde e do suporte psicossocial. Nesse processo de autonomia e autocuidado, o trabalho em equipe interdisciplinar, fatores subjetivos e a clínica compartilhada assumem a postura de transformar o paciente em agente ativo de cuidado de sua própria existência.

Nenhuma especialidade de modo isolado pode oferecer uma abordagem integral no campo do cuidado, e assim um apoio matricial e o suporte de equipes de referência se dão como metodologias de trabalho e rearranjos em saúde a objetivar possibilidade de uma clínica verdadeiramente dialógica a articular diferentes especialidades, profissões e saberes.

O termo matriz carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p.402).

A ideia de apoio baseia-se na transversalidade dialógica entre profissionais de referência e especialistas, não numa relação de autoridade ou verticalidade, mas naquilo que pode surgir de novo. Pensando aqui numa gestão clínica reafirmamos as possibilidades de sustentar um sistema compartilhado de responsabilidades integrando vários espaços, setores, unidades e profissionais frente à construção de um efetivo projeto terapêutico.

Quanto à noção de transdisciplinaridade, Gallo (2000, p. 32) afirma que a transversalidade “seria a matriz da mobilidade por entre os liames do rizoma, abandonando os verticalismos e horizontalismos que vemos no paradigma da árvore, substituindo-os por um fluxo que pode tomar qualquer direção, sem nenhuma hierarquia definida de antemão”.

Cabe considerar também que o trabalho pela via da interdisciplinaridade exige de nós profissionais uma certa predisposição subjetiva a lidar com as críticas, dificuldades, resistências a outros saberes e compartilhamento das decisões. Isso principalmente quando se está inserido numa cultura neoliberal que tanto valoriza uma autonomia individualista, a tomada rápida de decisões de modo dinâmico, centralizado e definitivo.

Mesmo com a racionalidade biomédica, há os entraves e as soluções sociais, assim como os aspectos da subjetividade, todos muito bem entrelaçados e necessários de se conjugar. O campo da saúde mental nos desafia a lidar com essa incrível variabilidade de fatores e de recursos no manejo cotidiano de cada caso, seja ele pensado pelo viés coletivo ou individual.

A seguir tecemos algumas considerações acerca da educação permanente em saúde, assim como, da necessária inventividade que nos convida os encontros coletivos.

4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ATRAVESSAMENTOS E APOSTAS NA INVENTIVIDADE DA CLÍNICA E DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO

Em meio à nossa pesquisa, trazendo à tona as possibilidades da interdisciplinaridade, assim como da transdisciplinaridade, articulada à perspectiva de um trabalho intersetorial e repensando nossa rede de cuidados em saúde mental, somos atravessados pela pandemia da COVID-19.

A crise sanitária de 2020 necessariamente convida ao exercício de inventividade e protagonismo de profissionais do campo da saúde mental e coletiva, assim como da assistência social. Pensar a educação permanente na saúde pública, o processo formativo das equipes, mostra-se fundamental e elemento dinamizador como via de ampliação dialógica e de interlocução dos mais diversos saberes e práticas.

Santos (2020) nos propõe a pensar sobre a qualidade de nossas instituições em momentos de crise, ou de situações excepcionais, como esta imposta pela COVID-19. O autor nos questiona quais os conhecimentos que surgirão a partir desta pandemia. Nos mostra que a política, que tem a função de mediar as ideologias e as necessidades da população, não vem a cumprir efetivamente seu papel.

O autor destaca que a versão econômica na qual estamos inseridos está sujeita às áreas da educação, saúde e segurança social, à lógica do capital, à privatização e à produção de lucros. Modelo este que desconsidera o serviço público a criar uma lógica contrária aos preceitos do exercício de cidadania e de proporcionar efetivamente direitos humanos.

Por opção ideológica, seguiu-se a demonização dos serviços públicos (o Estado predador, ineficiente ou corrupto); a degradação das políticas sociais ditada pelas políticas de austeridade sob o pretexto da crise financeira do Estado; a privatização dos serviços públicos e o subfinanciamento dos que restaram por não interessarem ao capital. E chegamos aos nossos dias com os Estados sem capacidade efetiva para responderem eficazmente à crise humanitária que se abateu sob os seus cidadãos. A fratura entre a economia da saúde e a saúde pública não podia ser maior (SANTOS, 2020, p. 24).

Deste modo, Santos verifica que os governos que não tomam para si o compromisso neoliberal são aqueles que agem com maior eficácia no combate da COVID-19, assim como teme, em alguns outros países, uma maior vulnerabilidade e degradação dos serviços

públicos. A pandemia, assim, se mostra como um analista cruel de como o capitalismo neoliberal incapacita o Estado para responder com eficácia às emergências.

No que diz respeito aos investimentos federais no campo da saúde mental, que sempre foram subfinanciados, a estagnação continua a se apresentar, isso quando não somos surpreendidos por políticas iatrogênicas e que se posicionam por um retorno à lógica manicomial. No âmbito estadual há a implementação de um Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro que tem como objetivo investir e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial (SES-RJ, 2019).

A proposta está em ampliar a cobertura da rede de atenção, expandindo os recursos em cenários de vulnerabilidade social e violência, tanto quanto fortalecer e qualificar as ações de atenção à crise de base territorial e comunitária, assim como fortalecer projetos de desinstitucionalização favorecendo o cuidado territorial.

Considerando os avanços a partir dos anos 2000, a Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro ainda necessita muito de ser ampliada e fortalecida. O cofinanciamento vem como uma estratégia possível de apoio aos municípios a fim de reduzir as lacunas do cuidado relativas aos serviços, recursos e à qualificação de pessoal da rede de saúde mental junto à população. A necessidade se dá frente à ampliação das condições de acesso a direitos e cidadania.

Na proposta inicial, do município de Santo Antônio de Pádua, está destacada a necessidade de reestruturação dos serviços e criação de espaços consorciados, de contratação de recursos humanos necessários ao trabalho em rede e propostas de educação permanente que se ampliam na articulação com o projeto de extensão junto ao Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior, da Universidade Federal Fluminense, no que diz respeito ao matriciamento da Rede e na articulação intersetorial e interdisciplinar dos serviços, além das propostas de estágios e supervisão com alunos da Faculdade Santo Antônio de Pádua.

Destacamos entre os saberes centrais para os processos de transformação do modelo assistencial e das novas abordagens do campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial o conceito de matriciamento, como perspectiva, como trajeto, a partir do desejo de promover práticas outras em saúde mental, onde o cuidado possa ser transformado, numa valorização de práticas interdisciplinares (CAMPOS et al, 2014).

A partir dessa perspectiva, com a pandemia, intensificaram-se os encontros remotos com os apoiadores Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de vulnerabilidades do Estado do Rio de Janeiro, com as equipes da Rede de Atenção

Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua e com propostas de formação no Grupo de Pesquisa Educação e Saúde, da Universidade Federal Fluminense, onde:

Invertendo, portanto, o projeto psiquiátrico tradicional de se ocupar da doença e não do sujeito. Operando essa inversão no campo prático e teórico, o legado de Basaglia tem sido fundamental nos dias atuais, por revelar as possibilidades de lidar com sujeitos e não com doenças ou transtornos, o que abre novas perspectivas e possibilidades de potencialização das reações e das relações. (GULJOR, CRUZ E AMARANTE, 2020, p. 20).

Em reuniões virtuais através do *Google Meet* e também nos encontros presenciais os profissionais passam a ter na palavra “apoio” outros significados que são traduzidos em leituras compartilhadas e discussões, reflexões acerca de estratégias e ações possíveis subsidiados pelas políticas de humanização e educação permanente do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007), através da ideia de matriciamento como apoio, buscamos romper com o especialismo protocolar. O desafio nesta pesquisa-intervenção foi de olhar para esse emaranhado de forças e tecer saídas possíveis coletivizadas.

Nesta perspectiva articulada à experiência de formação universitária extramuros, caminhamos por um processo formativo para enfrentar o presente e nele forjar as transformações necessárias. Buscamos cartografar movimentos que nos desprendam dos exercícios de poder, servindo de reveladores para as transformações tantos de nós, sujeitos, como de nossas práticas, por vezes recrudescidas. Problematizando a questão, por vez única da medicalização, dos diagnósticos fechados e condenatórios, das práticas solitárias e individualizadas, de não se levar consideração toda a subjetividade, a capacidade inventiva é convidada à cena, pela via de encontros e conversas presenciais e virtuais.

Para além da pretensão de respostas prontas e resultados fechados, o que se almeja são possibilidades, formas inventivas, que possam ser disparadoras de práticas criativas de cuidar em saúde mental, levando em conta a diversidade e a especificidade da experiência daquele que sofre e busca ajuda. Mesmo que inicialmente tímidas as transformações do cotidiano do serviço, algumas ações e reflexões podem ser vislumbradas no que se refere ao acolhimento das pessoas que chegam ao serviço.

Uma reflexão importante que tem sido sublinhada é a da potência do acompanhamento qualificado dos profissionais de saúde mental no lidar com estas experiências, mesmo sem considerá-las patológicas, na medida em que estes profissionais atuam não apenas na “doença” ou “transtorno” mental, mas

também na promoção de saúde e proteção social. (GULJOR, CRUZ E AMARANTE, 2020, p. 20).

No campo da saúde mental é comum a grande ênfase dada aos discursos e saberes psiquiátricos e psicológicos como determinantes e direcionadores das práticas a nortear os processos terapêuticos. Ao pensar nos elementos formativos em saúde, na aprendizagem inventiva articulada ao cuidado de si, apostamos em um lugar criado para além dos especialismos e das práticas pré-estabelecidas. As oficinas em saúde mental são alguns desses espaços de excelência a fazer e construir cotidianos.

As relações com o corpo, com a subjetividade, com a arte e a produção de vida se revelam nos singulares encontros da fisioterapeuta com os pacientes no CAPS, esta que em diversos momentos se questionou qual o seu real papel clínico e técnico na atenção psicossocial e no cuidado em saúde mental. Nas Oficinas do Corpo, oferecendo um trabalho motor e psicomotor, diminuindo a rigidez muscular devido ao longo uso de antipsicóticos e neurolépticos, buscando melhorar a marcha, a postura, o aumento do tônus e da força muscular, assim como a amplitude do movimento no corpo, amplia-se também o espaço rico da grupalidade e do experimento da dimensão de si e do outro. Utilizando recursos simples, com bolas, bastões, cones e circuitos, os pacientes são conduzidos, pela fisioterapeuta, em exercícios ativos ao ar livre, a experimentar a tradução de seu corpo no espaço, nos limites e nas possibilidades de reinvenção de si.

Nas Oficinas de Artesanato, a mesma fisioterapeuta, que também é professora, além de trabalhar com a coordenação motora fina, também vive junto e aprende com os pacientes, as descobertas destes em ultrapassar seus limites físicos e cognitivos. Os desafios de preencher a tela vazia com as cores e com os traçados de vida, por vezes tortuosos, por vezes indicativos das dores, desafios e das alegrias são recebidos e acolhidos pela educadora. Nas artesanias produzidas, presentes para si, para os familiares, amigos e para aqueles que se amam, nos quadros pintados a representação fiel daquilo que se teve e perdeu, a elaboração de projetos e desejos de vida, dos delírios antigos, dos medos atuais e dos sonhos sempre novos.

Nessas vivências de uma aprendizagem inventiva destaca-se a criação de laços, a produção de um conhecimento que cria formas e que tem como consequência a ampliação e intervenção em repertórios existenciais a promover novas experimentações: nos quadros, no papel, nos abraços, na vida. Esses lugares de produção de falas e escutas, de fazeres e de gestos, nos ensinam o quanto o sofrimento mental pode e deve ser ressignificado, no conhecer

os fluxos e ritmos da existência fica o indicativo da necessária e constante invenção e transformação de nossas práticas.

O que está em jogo neste trabalhar é uma abertura para a co-construção de outros mundos e, em última instância, para a criação de paisagens e movimentos existenciais comprometidos com a co-produção do comum. Apostar na formação como estratégia para uma construção inventiva tem sido vislumbrar pequenas rasuras no modo habitual e automático de nos conduzir, abrindo brechas que apontem, no percurso, para a obra inacabada e a feitura movente de nós mesmos. Tal composição só é possível quando nutrimos espaços de diálogos, compartilhando, fazendo, aquecendo redes para construir os cotidianos de serviços de saúde que desejamos habitar.

No final de março de 2020 tivemos de reorganizar nossas unidades de saúde. Fizemos alterações em horários, nos modos de funcionamento, escalas de profissionais e suspendemos inicialmente a presença de estagiários dado as incertezas e riscos que o momento já apresentava. A situação de controle, combate e atenção à COVID-19 exigiu também o afastamento de profissionais do grupo de risco, a suspensão das oficinas terapêuticas e atividades grupais no CAPS e Ambulatório, assim como o atendimento sistemático, ficando como prioridade as situações de urgência, emergência e manutenção dos cuidados e tratamento considerados essenciais nos projetos terapêuticos singulares dos pacientes.

Mesmo com a oferta de textos, artigos, aulas e reuniões online o incômodo se dava na ruptura dos laços inicialmente construídos com os usuários dos serviços, com as vivências cotidianas e na convivência com os demais profissionais. Sempre destacamos que os estágios em psicologia nas unidades de saúde mental ultrapassam a institucionalidade e o saber psicológico e vai ao encontro a uma clínica transdisciplinar, onde saberes como os da enfermagem, da psiquiatria, do serviço social, da fisioterapia, do senso comum e de diversos outros têm consequências no saber fazer e nos olhares do estudante. Com o passar dos meses, com a possibilidade de flexibilização do isolamento social pudemos abrir novamente o campo de estágios e nos deparamos com o crescimento do interesse de nossos alunos.

Nas observações iniciais de alguns estagiários, ficam já mapeadas as provocações de que as grades dos manicômios foram trocadas pela medicação pesada e que os efeitos de sedação e os colaterais também aprisionam o corpo e a subjetividade daquele sujeito. Outros olhares vão notar a importância da sociabilidade nas atividades grupais e oficinas, assim como a fragilidade dos laços familiares e dos preconceitos na cidade e às vezes até em si mesmo. O contato inicial dos estagiários com os usuários dos CAPS ressignifica os julgamentos pré-estabelecidos e dão conta da multiplicidade da clínica e do campo do

cuidado. O medo inicial e a surpresa com a diversidade de demandas, de atravessamentos e arranjos faz notar o quão é necessária a inventividade de práticas, tanto quanto a reinvenção desses olhares e fazeres.

A clínica faz pensar o trabalho em equipe, o trabalho em rede, assim como faz pensar o lugar das políticas públicas e de gestão, da intersetorialidade e da construção de serviços para além da lógica asilar, duramente institucionalizada ou estanque. Vivenciar o cotidiano dos serviços faz pensar na necessidade de interlocução, nas diversas éticas e práticas em saúde mental, faz pensar no acolhimento, do simples gesto de atenção àquele que sofre, que pode acontecer na recepção, no pátio, numa oficina, numa escuta atenta e qualificada.

Aprende-se assim que o online aproxima, mas não abarca a necessidade dos encontros que são sempre múltiplos e formadores de vida. Ficam nas falas e nos olhares dos estagiários as conquistas e as frustrações que a clínica proporciona, as surpresas e os sustos, fica o caminhar conjunto do saber-fazer sempre atrelados, a necessidade da presença, o respeito ao lugar singular, tanto quanto a pluralidade da existência.

A possibilidade de vislumbrar a corresponsabilização dos casos, a estratégia de acolhimento compartilhado, foi ressaltada e trazida para o cotidiano do serviço, nesses tempos de pandemia. Nas reuniões virtuais da rede de atenção psicossocial, a criação de um “comum” inspirou a ênfase na transversalidade de saberes e o relato trazido da pulverização do especialismo na prática da fisioterapeuta e também de jovens estagiários do curso de psicologia. Na problematização na proposta de uma ação de formação inventiva de apoio como ação de extensão universitária, assistimos aos deslocamentos a partir do diálogo entre os trabalhadores do CAPS, da rede de atenção psicossocial e da Universidade (RODRIGUES, 2020).

No “I Encontro Internacional do Programa de Pós-Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da Universidade Federal Fluminense” tivemos a chance de discutir sobre a “Saúde Mental, Educação Permanente em Saúde e Atenção Básica: Conexões Insurgentes em Pandemia” (INFES/UFF, 2020).

Aluísio Gomes da Silva Junior, professor e pesquisador da Universidade Federal Fluminense destacou que o trabalho articulado da Universidade, em ligação íntima e direta com os serviços de saúde são fundamentais e devem se dar de modo participativo com o poder público local, na construção e elaboração de respostas governamentais no território. Relatou a importância de se montar suportes de saúde mental nas mais diversas instituições e estruturas de acolhimentos e assistência à população (INFES/UFF, 2020).

Silva Jr. (INFES/UFF, 2020) relatou os sofrimentos dos profissionais das áreas de saúde e de educação, assim como os dilemas éticos vivenciados, dado os laços familiares, as diferenças geográficas e espaciais de atuação, os quadros de comorbidades, os temores e tantas outras situações. Contou do surgimento em instituições, da necessidade de cuidar dos profissionais como algo de base e estratégico frente à criação de grupos de suporte, dado a pressão profissional frente às mais variadas demandas no campo público e privado. Destacou também a importância e o empenho da Universidade em reforçar e promover movimentos populares, dando apoio, por exemplo, a uma rede dos jovens comunicadores, com mais de 500.000 integrantes, discutindo política social, *fake news* e denunciando a falta de informações estruturadas e acessibilidade aos cuidados básicos, movimentos fundamentais para se pensar a participação social e popular na construção das políticas públicas de um povo (INFES/UFF, 2020).

Pedro Gabriel Godinho Delgado (INFES/UFF, 2020), professor e pesquisador da Universidade Federal do Rio de Janeiro destacou a articulação da proposta da Saúde Mental, da Educação Permanente em Saúde e Atenção Primária como decisiva para promover a saúde pública como um todo e juntamente com a saúde mental. Destacou que a pandemia afeta nossa percepção e experimentação do tempo e espaço, assim como altera profundamente nossos planejamentos e ações. Sinalizou que, tanto o apelo do retorno à “normalidade”, assim como as concepções negacionistas à pandemia, são exemplos dessa afetação, mesmo em tempos que se tiveram quase 90% de ocupação dos leitos em centros de terapia intensiva e com o crescimento dos índices de contaminação de mortalidade (INFES/UFF, 2020).

Relata ainda que o isolamento social, como forma de adaptação ritualística, tem chamado a atenção de profissionais de saúde mental, o que produz inquietações e muitas demandas paradoxais, assim como um conjunto de sintomas que aparecem para além de suas formas clássicas. O desamparo e a afetação trágica em profissionais que estão ou não na linha de frente se sobrepõem mesmo com os conhecimentos consolidados e com as estratégias protocolares do saber psicossocial. A pandemia faz com que tenhamos de lidar com a angústia e as novas demandas frente às novas formas de sociabilidade dado o isolamento ou o distanciamento social. Delgado destacou que, o desamparo institucional do país e o cenário sanitário em função das inseguranças e incertezas, faz da educação permanente e suas práticas de intervenção no real, um elo amplo e global de acesso aos profissionais de saúde. Demarcou ainda que este vínculo se mostra decisivo, tendo como tarefa fazer o sujeito viver em seu espaço de trabalho e em sua territorialidade, o que tem acontecido nos mais diversos encontros.

A educação permanente teria como função inventar novos cenários que possam recuperar esses territórios geográficos e o tempo vivido, e citou como uma ação o trabalho desenvolvido pela Frente Estamira de CAPS, em todo os Estado do Rio de Janeiro, pensando resistência e invenção como processos de construção de um trabalho colaborativo (INFES/UFF, 2020). Nestes encontros surgem discussões que partem dos relatos de experiência vivida no cotidiano dos serviços e seus aspectos práticos, sejam de modo presencial ou remoto, mesmo com as barreiras de acesso tradicionais. As ações desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa em Educação e Saúde, coordenadas pela Professora Maria Goretti Rodrigues, cumprem também com esse papel nos municípios de Miracema e Santo Antônio de Pádua, no Noroeste Fluminense, através das ações de extensão.

Pacientes que não estão sendo assistidos neste momento de pandemia são preocupações graves, dado que os recursos de comunicação e tecnológicos que dispomos, não necessariamente todos possuem ou têm acessos. Com isso, Delgado (INFES/UFF, 2020) afirma também que estes desafios concretos que estamos enfrentamos nessa experiência de desamparo, em nossos serviços territoriais, devem se dar articulados com a atenção primária e com nossa presença, baseado prioritariamente num fazer coletivo que deve acontecer para além do modo remoto. Aqui a articulação com a atenção primária é decisiva, mesmo com as heterogeneidades e os cenários dos mais diversos municípios, com os déficits de cobertura das equipes da estratégia de saúde da família.

O professor Gastão Wagner de Sousa Campos (INFES/UFF, 2020), a partir de suas experiências e trabalhos na UNICAMP, pontuou que a pandemia nos apresenta tantos problemas, como nos oferece a possibilidade de construir soluções. Diz da importância de um ativismo comunitário e cidadão e das articulações intersetoriais a fim de se criar uma cidadania ativa, com o objetivo de “fustigar” institucionalmente os governantes a ter compromisso com o Sistema Único de Saúde, como um todo, e com a educação pública. Aposta no vínculo com os estudantes, no fortalecimento de movimentos sociais, comunitários, culturais e institucionais, transformando nossos cursos acadêmicos em espaços de reflexão e formação, discutindo necessariamente a gestão (INFES/UFF, 2020).

Afirmou que compreender epidemiologicamente a pandemia em todo o Brasil é algo difícil, pois os dados técnicos não explicam os índices de mortalidade e letalidade com uma objetividade clara, pois esta é também uma imbricada rede de fatores múltiplos que envolvem questões políticas, sanitárias, econômicas, sociais e de cidadania, além do subfinanciamento das nossas políticas públicas (INFES/UFF, 2020).

Destacou que o objetivo da atenção primária na pandemia é fazer uma vigilância epidemiológica comunitária e territorial, dado que os cuidados se concentraram nos casos graves, e que não conseguimos fazer um bom isolamento social ou afastamento social. Há ainda a necessidade de se fazer diagnósticos com maiores precisões, rastrear urgências e emergência de modo ativo no território e fazer isolamento domiciliar e hospitalar num contexto que vem a exigir de todos, uma cidadania e um ativismo comunitário local. Fortalecer a atenção primária em termos locais e globais, investir nas unidades básicas de saúde, no fim das filas de espera em unidades especializadas e hospitalares, e investir no uso das tecnologias, são possíveis aprendizados da pandemia. Discorreu também que as noções de vínculos, com os movimentos micro do cotidiano, se fazem tão fundamentais quanto a realização de uma política de formação profissional, que envolva níveis solidários, assim como o movimento de fazer nossos gestores conhecer as necessidades, os ajustes em ação e custeio (INFES/UFF, 2020).

A assistência em saúde é algo preponderante num projeto estratégico para um país igualitário, democrático e que esteja em função de uma política de bem-estar social. Promover a discussão do campo da Saúde Mental, da Educação Permanente em Saúde e da Atenção Básica, na universidade e nos serviços do SUS a partir das situações vividas nesta pandemia traz à tona interseções políticas, de pesquisa, de possíveis e urgentes ações públicas, assim como propostas de intervenção.

O que os três pesquisadores apresentam em comum diz respeito a uma estreita relação da Saúde Mental com a Atenção Primária e como estas, em consolidadas parcerias, têm o poder de intervir diretamente no cotidiano dos territórios, a partir do suporte e dos processos formativos da educação permanente em saúde.

Vivenciar as pequenas mudanças a partir das discussões nas rodas de conversas, encontros e apoio junto às equipes da Rede de Atenção Psicossocial, através do *Google Meet*, oferece presença ao mesmo que desperta provocações e ânimo. Apesar dos ainda fortes abalos político-administrativos pelos quais passam os serviços públicos e seus profissionais, as experiências vividas nos espaços de saúde vêm a cada dia fortalecendo o diálogo e as ações coletivas alterando o cotidiano. A corresponsabilização dos casos começa a ganhar forças, a tomar outros rumos e os movimentos antes pautados em ações desconexas e individualizadas, se reestruturam e se coletiviza de modos mais horizontalizados e amplos.

5 NARRATIVAS, GESTOS E AS AÇÕES POSSÍVEIS NO COTIDIANO

Do outro lado da grade do portão principal olhares curiosos aguardando o recepcionista chegar com a chave. Na praça, olhos atentos, pernas balançando, na mureta da entrada principal começam a chegar aqueles que acordaram mais cedo, que vieram dos distritos, ou mesmo, os que querem somente “*adiantar o dia*”.

Com a abertura do portão às 8h da manhã, ao passar pelo arco principal, misturam-se na ponte profissionais, usuários do Centro de Atenção Psicossocial, e seus familiares. Alguns, andando já apresentam suas antigas e novas demandas no próprio cruzar da ponte, a fim de serem atendidos primeiro. Nas rampas de acesso, tanto do Ambulatório de Saúde Mental, como no Centro de Atenção Psicossocial, por vezes fica a dúvida em qual porta entrar, com quem falar e a quem recorrer. Alguns não sabem o nome, outros esqueceram, mas querem falar com o diretor, com o médico, com a assistente social, com a psicóloga ou com a plantonista do dia, outros querem somente pegar o remédio para ir embora para casa, “*e só*”. Aqueles que ficaram pelo pátio da Ilha da Convivência e também no coreto, sabem que até às 9h o café da manhã será servido, enquanto isso conversa-se com os “*colegas de tratamento*”, fuma um cigarro, liga o radinho na tomada.

Nas recepções das unidades, em meio a toques de telefone, de celular, de pedidos de prontuários, alguns vem buscar suas receitas de fármacos, outros pedem para marcar consultas, fazer laudos de medicamentos excepcionais, atestados ou declarações para apresentar para o INSS, “*para tentar encostar*”. Muitas agendas nas mesas, canetas sumidas, computador lento, muitos arquivos, prontuários e fichas de agendamentos.

Nos murais, avisos com as diretrizes institucionais, que não são lidos ao certo, nem pelos profissionais, nem pelos pacientes e seus familiares. Nas paredes destacam-se coloridas pinturas dos usuários do CAPS, nos móveis os artesanatos, e nas janelas e portas, grades instaladas devidos aos sucessivos furtos e câmeras pelos os cantos. O alarme de segurança, facilmente se confunde com o sinal de uma fábrica ao anunciar a abertura e o fechamento dos dias de trabalho e de atendimento. Ainda nas recepções, mais cheias, demandas de agendamentos, de visitas domiciliares, de atendimentos imediato, do benzodiazepínico que acabou em casa, de internação, de laudos infundáveis, de querer “*falar com o responsável*”.

Nos consultórios começam os atendimentos tidos como os mais urgentes e necessários, nas fichas estão os agendamentos para os próximos horários da manhã e da

tarde, para os grupos, para os técnicos de referência ou para os plantonistas. Na farmácia encontram-se os medicamentos separados em recipientes individualizados para os pacientes que ficarão toda a manhã, nos pacotes individualizados e com a sinalização dos horários, os fármacos daqueles que comparecem semanalmente para a retirada, e nada mais.

No café da manhã as primeiras brincadeiras, por vezes o pedido de dois pães, o suco, o sentar ao lado do colega no refeitório, o querer ficar distante e por vezes em silêncio, o mostrar a roupa e os sapatos. Alguns lembram do aniversário que será mês que vem, outros lembram do aniversário que foi.

Com a chamada de um dos profissionais ou das estagiárias inicia-se a primeira atividade do dia, que geralmente é um grupo de fala, o conhecido “*Grupo de Bom Dia*”, mas que também pode se tornar uma das oficinas terapêuticas elencadas ao longo da semana: jogos, artesanato, produção de texto, meditação, leitura, expressão corporal, pedagógica, jardinagem e outras mais que acontecem e que tentam acontecer. Nesses encontros em pequenos grupos falam-se das situações ocorridas na cidade, da importância de continuar o tratamento, das funções do CAPS, assim como ouve-se de cada qual as demandas, as situações de angústia e os sofrimentos do cotidiano: o adoecimento de um familiar, o falecimento de um conhecido pela COVID, as dificuldades relacionais com quem mora, com a vizinhança. Também se fala timidamente da preocupação financeira já que “*o benefício foi cortado*”, daquela voz que perturba, da experiência estranha vivida, da insônia e o querer saber da hora do almoço.

No final de março de 2020 os projetos terapêuticos dos usuários do CAPS foram todos alterados, devido às restrições da pandemia da COVID-19 e as medidas de prevenção e contenção da doença. Como fazer uma atenção psicossocial em meio a medidas sanitárias de afastamento, com restrições sociais e encontros limitados? Num primeiro momento priorizamos os atendimentos daqueles que necessitavam de maiores cuidados, assim como demos ênfase a atendimentos domiciliares. Contatos telefônicos foram intensificados, assim como recorremos, na saúde pública e inéditos atendimentos via internet para os poucos que possuíam algum recurso e viabilidade tecnológica.

Os pedidos aos moradores do Serviço Residencial Terapêutico, para que pudessem estar e usar o espaço da cidade e não somente ficar dentro de casa, inverteu-se desde março de 2020. Explicar a ameaça de um vírus ainda foi um desafio, tanto para os pacientes quanto para alguns profissionais que sustentaram um curioso negacionismo e relativizaram a gravidade do momento.

Por telefone recebemos a ligação da assistente social do hospital geral solicitando uma avaliação da psicóloga do CAPS para João, que deu entrada e encontrava-se no Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental, devido um possível diagnóstico de leucemia. Em outra ligação os filhos de Andreia, que abandonou há oito anos o tratamento no Ambulatório, solicitando internação imediata num hospital psiquiátrico, dado o estado de agressividade da mãe e as condutas da mesma em denunciar para a polícia os traficantes vizinhos, além de uma emboscada armada pelos últimos prefeitos para prejudicá-la.

De uma das Estratégias de Saúde da Família do município, vem o pedido de apoio para auxiliar na condução de caso de Vânia, muito agressiva e delirante a brigar com o marido Severino, alcoolista e desempregado, assim como frente às solicitações de vizinhos dos mesmos dado ao quantitativo de cães e lixo na residência. Aproveitando a ligação telefônica a enfermeira pergunta também se poderíamos fornecer uma receita de metilfenidato para uma criança de sua área de referência.

Por mensagens de *whatsapp*, com áudios e vídeos, irmã e mãe solicitam laudo para internação compulsória em alguma clínica especializada para Marcos que tem usado álcool e cocaína, assim como furtado dinheiro e pertences domésticos. No e-mail institucional, um ofício do Centro de Referência Especializado da Assistência Social convidando o Departamento de Saúde Mental a auxiliar novamente na reorganização de um alojamento para População de Rua, do Município.

Em dezenas de outros e-mails o Tribunal de Justiça e o Ministério Público solicitam datas para perícias psiquiátricas, laudos de pacientes que ainda não compareceram, relatórios e diagnósticos de pacientes em tratamento, e até endereços. Destacam-se regulares questionamentos da juíza em relação a viabilidade de tratamento no território de pacientes com uso problemático de álcool e outras drogas, assim como se fazem constantes demandas de busca ativa, com o apoio do Corpo de Bombeiros a fim de avaliar e produzir um diagnóstico e determinar tratamentos.

São recorrentes também demandas do Conselho Tutelar e da Casa Lar, um abrigo para crianças e adolescentes, de consultas psiquiátricas para se medicalizar os “*comportamentos desajustados*” e os “*transtornos de conduta*”. Assim como são regulares ofícios solicitando informações sobre familiares que devem comparecer aos tratamentos determinados, como punições e formas de controle de comportamentos.

Nos crescentes acolhimentos em saúde mental, tanto no CAPS quanto no Ambulatório surgem pedidos velados e também explícitos de laudos, solicitados informalmente por advogados, para se recorrer aos benefícios assistenciais negados pelo INSS. Há também um

grande quantitativo de pedidos de consultas psiquiátricas por parte de pacientes, familiares e de profissionais de outras unidades do SUS, assim como encaminhamentos de profissionais de unidades particulares de saúde para os quadros graves de psicoses, já com prescrições prévias de medicamentos injetáveis e orais de alto custo.

*Como é que faz pra lavar a roupa?
Vai na fonte, vai na fonte
Como é que faz pra raiar o dia?
No horizonte, no horizonte
Este lugar é uma maravilha
Mas como é que faz pra sair da ilha?
Pela ponte, pela ponte
Como é que faz pra sair da ilha?
Pela ponte, pela ponte*

A data de lançamento desta canção de Lenine é de 1997, um ano após a inauguração da “Ilha da Convivência”, e ironicamente o nome do álbum é “O Dia em Que Faremos Contato”. Fazer amplos movimentos e laços do Centro de Atenção para a Rede Psicossocial tem sido o maior desafio do trabalho destes últimos anos frente à direção geral do Departamento de Saúde Mental de Santo Antônio de Pádua. O fechamento da Clínica de Repouso Itabapoana, o hospital psiquiátrico da região, há 8 anos, já é uma boa justificativa e motivo para se desenvolver um trabalho plural e bem articulado no território. A cidade pequena pode ser um facilitador dado que as tramas dos encontros podem acontecer de modo fluido, porém outros processos de institucionalização, tão estanques quanto o hospital psiquiátrico, resistem em nós.

O Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência, inaugurado em 1996, apresenta um novo paradigma do cuidado territorial, assim como a implementação do Ambulatório de Saúde Mental em 2000 e do Serviço Residencial Terapêutico em 2005. Em 2012 fizemos um projeto para a estruturação de um Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental no Hospital Geral, dado às propostas da Portaria GM/MS nº 3.088, publicada em dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial. Até o momento encontramos um conjunto de barreiras burocráticas, institucionais e profissionais para sua efetiva implantação.

Uma Rede de Atenção Psicossocial objetiva ampliar o acesso à atenção em saúde mental da população em geral, assim como busca a promoção do acesso às pessoas em sofrimento subjetivo e de suas famílias aos mais variados pontos do território e às terapêuticas amplas de cuidado. Outro ponto de importante ênfase é a qualificação do cuidado por meio do acolhimento, de um acompanhamento contínuo e da atenção às

urgências, que podem se dar nos mais variados pontos da rede de atenção primária, especializada e hospitalar.

Amarante (2011) destaca que desinstitucionalizar é algo que não se restringe apenas a uma reestruturação dos serviços, de técnicas mais modernas ou novas terapias, dado que a reforma psiquiátrica é um processo complexo que está para recolocar a questão do campo da saúde mental, reconstruindo práticas e saberes, assim como estabelecendo novas e outras relações a produzir novos sujeitos. Tal reconstrução está para transformar as relações entre os sujeitos, assim como os diversos serviços, espaços da cidade, os conceitos criados e até as práticas jurídicas. Tal complexidade do campo da saúde mental nos convoca a recolocar o lugar e as relações tecidas entre sujeito e objetos através de aspectos singulares e de uma aliança entre as ciências humanas e naturais.

Mais do que repetir cotidianos, mais do que ser um serviço de saúde é importante lembrar aqui que os Centros de Atenção Psicossocial devem estar de modo abrangente no território visando seu lugar de destaque na elaboração de políticas sociais junto aos sujeitos e às suas famílias, na consolidação de uma justa cidadania. Não cabe na proposta do campo da saúde mental as extensas filas e atendimentos psiquiátricos a longo prazo, as consultas rápidas, as condutas protocolares, as puras e simples prescrições psicofarmacológicas e, quando necessária, a internação. No convite da atenção psicossocial, o viver do usuário é o que se destaca e que torna referência para a produção de novas abordagens, para a existência e mudanças paradigmáticas a se pensar nos processos amplos de saúde e doença.

Marcada pela implantação do Sistema Único de Saúde, o movimento da Reforma psiquiátrica está para a transformação das relações sociais, está para dar um outro lugar para o sofrimento mental, e assim propõe a reinvenção e a conjugação de outros olhares, sejam eles jurídicos, políticos e culturais em relação à loucura.

A Reforma Psiquiátrica propõe abandonar um lugar zero de trocas sociais (o manicômio) para passarmos a um lugar múltiplo, diverso, que é o território. Propõe preocupar-se e ocupar-se do sujeito e não de sua doença. Nesse contexto a relação a ser estabelecida é com o sujeito da experiência e não mais com a doença. E é nessa dimensão que os CAPS podem ser dispositivos altamente potentes para promoverem outros modos de relacionamento com a loucura, desconstruindo e construindo outras relações com as diferenças, permitindo à loucura outro espaço de circulação na comunidade. (SOUZA, GULJOR, SILVA, 2014, p. 295).

Frente à simples racionalidade biomédica ampliam-se as ações para a universalidade, equidade, intersetorialidade, participação coletiva e social na proposta, assim como para a

humanização no cuidado em saúde. As noções de vínculo, acolhimentos, projetos terapêuticos, atenção diária e sociabilidade ganham sentidos outros, assim como possibilita uma adequada proposta de produção de subjetividades. O trabalho está para subverter a posição de passividade, de mero paciente, encorajando o sujeito a assumir o protagonismo de seu cotidiano através do desenvolvimento de projetos de vida.

Souza, Guljor, Silva, (2014) nos apresentam consistentes desafios no que diz respeito ao projeto social e político dos CAPS. Considerando o sujeito e seu sofrimento subjetivo e toda a complexidade em torno do campo da reforma psiquiátrica há de se pensar numa Rede de Atenção Psicossocial que está para além do modelo hospitalocêntrico, assim como para além de um conjunto de unidades específicas e isoladas de saúde.

A dificuldade de construção de uma rede social ampla e solidária entre profissionais e cidadãos se torna um grande desafio a partir da lógica individualista neoliberal, assim como se aumentam os limites frente aos índices de desigualdade e pobreza do conjunto da população. São exemplos de desafios a todos nós, profissionais, pensar a geração de renda e a economia solidária frente uma lógica econômica excludente, são desafios não esquecer do ideário sócio-político dos CAPS, não se restringindo apenas a tratar de modo adequado e institucionalmente os sujeitos em sofrimento mental – o que facilmente recai na lógica reprodutivista e mecânica do fazer asilar.

Todas as conquistas do Movimento da Luta Antimanicomial e todas as ações da Reforma Psiquiátrica não cessam frente aos desafios que se apresentam cotidianamente. O processo social complexo em que estamos inseridos exige maior abertura ao território, diz respeito em intervir na cultura social tanto quanto no rearranjo constante do cuidar, que nunca coube em ações breves ou protocolares. Ocupar outros territórios inscrevendo-se de modos mais contundentes, mostra-se necessário na persistência da transformação clínica e cultural que propomos.

A seguir tratamos do espaço aberto da cidade e das incursões possíveis da clínica psicossocial no território.

6 DO PRODUIR ESPAÇOS AO TRABALHO COMUM: A BUSCA ATIVA COMO UMA CONSTRUÇÃO PSICOSSOCIAL

A noção de território em saúde mental e coletiva nos convida a pensar num espaço a ser habitado, a ser percorrido, vivido, ao mesmo que humanizado. As práticas de um cuidado integral em saúde se articulam com a noção de territorialidade, pensando nesta para além de um espaço geográfico, um pedaço ou região da cidade.

O trabalho no campo da saúde mental conclama tanto profissionais, quanto os usuários, a tomarem para si o espaço coletivo como lugar de produção de saúde, trocas existenciais, pertencimentos e laços sociais. “É o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence (SANTOS, 2003, p.96, 97)”. Assim, também pensamos no território a ser usado onde se tramam as relações e se constroem mundos, espaços políticos, da realidade compartilhada a ser construída e inventada nas relações. Podemos ainda pensar com Guattari e Rolnik (1986) no território como um agenciamento do desejo, como um espaço subjetivo onde o sujeito se sente “em-casa”. Quem nos ensina isso é Júlio, nome fictício aqui.

Após constantes idas de Maria, ao Centro de Atenção Psicossocial, a fim de tentar entender o que acontecia com seu filho, ao mesmo tempo para nos pedir algum auxílio, nos aproximamos de Júlio que apresentava uma série de temores, hipóteses de persecutoriedade e resistências em sair de casa. Sua história de menino ainda traz as marcas de uma marginalidade social, de estigmas da vizinhança e de olhares dos outros que também já se sentiam ameaçados. Júlio e seus irmãos, quando jovens adolescentes, tinham o costume de furtar objetos de moradores dos bairros vizinhos, eram suspeitos do uso de drogas e envolvimento com o tráfico que começava a existir na região.

Por diversas vezes sua genitora marcou consultas no CAPS e o filho não comparecia, resistia relatando não estar bem, e que por isso não poderia sair de casa. Após uma série de atendimentos domiciliares realizados pelo psicólogo da equipe e por uma técnica de enfermagem, Júlio se sente confiante, passa a frequentar a praça próxima à sua residência, sente-se seguro e começa a frequentar as redondezas, assim como aceita o convite de ir à unidade para uma consulta. A partir desses encontros, aceita participar da construção de seu projeto terapêutico singular junto à sua técnica de referência, assim como passa a estar no cotidiano do CAPS para consultas e participação em oficinas terapêuticas e nas atividades coletivas da atenção psicossocial.

Para além das prescrições farmacológicas e dos atendimentos psicológicos clássicos no setting, Júlio reafirma e nos convida a pensar na lógica territorial, na construção de vínculos, numa posição a sustentar o acolhimento na cidade ao mesmo que apostar no atendimento domiciliar e na busca ativa como uma posição política de trabalho e de cuidado no território. Hoje ele frequenta o CAPS, faz um uso mais amplo da cidade e quando se faz necessário busca também a Estratégia de Saúde da Família de seu bairro. Júlio já não é aquele garoto tido como perigoso, já não é o adolescente arredo, se fez outro e se refaz em sua vida.

Tanto nas políticas de Atenção Primária, quanto no fazer em Saúde Mental pensar numa desinstitucionalização e numa integralidade nos provoca a pensar em intervenções e inserções no território, nos convida a sair da institucionalidade das quatro paredes dos serviços e tomar para si o espaço sempre aberto da cidade e do contexto social no qual os sujeitos estão inseridos.

Este deslocamento não pode ocorrer no sentido de medicalizar, psiquiatrizar ou psicologizar o território, mas no sentido de romper com o mandato social de controle e normalização, inventar projetos de vida e produzir regimes de sociabilidade que tornem possível a existência da diferença (LEMKE, SILVA, 2010, p. 284).

Em nosso trabalho pensamos nos processos de desinstitucionalização quando contextualizados com a alteridade e a existência dos sujeitos, assim como pensamos a integralidade do cuidado em saúde frente à uma escuta ativa, produção de outros sentidos e olhares no fazer da clínica.

Manoel foi acolhido por uma de nossas estagiárias de psicologia do CAPS. O encaminhamento realizado pela Estratégia de Saúde da Família de sua localidade relatava discurso confuso e hipótese de alucinações auditivas, o que convidava a pensar de antemão numa psicose. No encontro inicial o histórico de tuberculose, tabagismo, e as sequelas visíveis de um acidente vascular cerebral que o impediam de bem se locomover. Entrecortando suas falas surgem o choro intenso que revelava suas condições incertas de subsistência, a fragilidade nos encontros sociais, a precariedade habitacional, a solidão e a fome.

Mesmo com o olhar intimidador de traficantes de drogas, em uma visita domiciliar pela equipe do CAPS, as dificuldades de sua residência revelaram-se ainda maiores na falta de energia elétrica, de água potável e saneamento básico, num bairro carente da área central da cidade. A fome, a fragilidade econômica e a moradia insalubre mobilizaram os profissionais que, para além de uma escuta atenta, se organizaram em redes sociais e laços de amizade e, a partir do apoio da comunidade, conseguiram móveis, roupas,

eletrodomésticos e itens básicos, além de um Benefício de Prestação Continuada junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social. Com o dinheiro conseguimos alugar um imóvel mais adequado às suas limitações, além de agenciar alimentação e cuidados de manutenção da vida diária. A implicação de vários foi fundamental em todo o processo que, em poucos dias, fez mudar radicalmente o cotidiano de alguém que tinha uma suposta alucinação auditiva.

Em nossas unidades de saúde têm sido comuns as determinações feitas pelo Tribunal de Justiça e pelo Ministério Público, exigindo a realização de uma “busca ativa” até a residência do paciente a fim de realizar uma avaliação do quadro, uma intervenção, para que, na maioria das vezes, se produza um diagnóstico, uma intervenção e um suposto meio de avaliação e controle. Nos documentos recebidos, regularmente determina-se que, “caso o paciente resista e seja necessário, deve se contar com apoio do Corpo de Bombeiros”, e em algumas situações até “força policial”. Interessante notar que tais solicitações possuem prazos de realização que desconsideram todas as sutilezas e multiplicidade de fatores da clínica em saúde mental. O que chamamos e pensamos como “busca ativa” diz de um movimento de caráter político do território, de uma postura ativa dado os problemas da população, uma postura de trabalho de se ater à integralidade e amplitude do cuidado. “Um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território” (LEMKE, SILVA, 2010, p. 285).

Adentrar ao espaço do outro, sentir seu entorno, experimentar mais de perto seu cotidiano proporciona a quebra de olhares e movimentos estanques, assim como faz surgir movimentos outros do conhecer e do fazer clínico. Para além das intervenções unilaterais do modelo biomédico sintomático, com seus diagnósticos padrões, prescrições protocolares e prognósticos preestabelecidos, um trabalho que produza as rupturas necessárias ao novo, ao que não se dava a conhecer, fazendo ruir uma cadeia de repetições que se abre às diferenças. É assim que Guattari (1992, p 130) toma as práticas de cuidado pensando a política como movimento pleno de um corpo, na ética como o movimento da crítica frente aos modos passivos da existência e na estética como possibilidade processual do movimento de ampliar a percepção.

No trabalho de cartografar o território, na pesquisa cotidiana: a visita domiciliar, os atendimentos institucionais, as reuniões de grupo, os encontros familiares, o adentrar a prática do outro, o deixar-se conhecer, o provocar a prática passiva, operam como linhas de

fuga para a criação de um plano de invenção da clínica que vai além das ordens de controle, de silenciamento e de um movimento maquínico de modulação e seriação social.

A possibilidade de um trabalho comum, a articulação de serviços de saúde e de profissionais de diversos campos de atuação são os elementos principais na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial, esta que também é tecida no conhecer o outro, ao mesmo que respeitar e cuidar da pluralidade, de seus modos de existir e de se estar em sociedade.

Maycon e sua mãe nos ensinaram a sair do Centro de Atenção Psicossocial, já que não nos procuravam há vários meses, devido a desconsiderar a necessidade de tratamento, assim como devido às orientações de isolamento social advindas com a pandemia da Covid-19. Maycon foi ao CAPS por fazer uso abusivo de álcool e devido a questões de abstinência, sua genitora regularmente marcava consultas nas quais o mesmo negligenciava, por falta ou por não uso dos psicofármacos prescritos.

A partir das solicitações e intervenções do Núcleo de Atenção à Saúde da Família, da Agente Comunitária de Saúde soubemos que na residência da família haviam mais de 20 cães e que os mesmos já não sabiam como mais lidar, ao que foi convocada a Vigilância Epidemiológica e integrantes do Canil Municipal. As intervenções foram ao encontro de explicitar a necessidade de melhor cuidado do imóvel, dado as queixas dos vizinhos, assim como verificada a necessidade de avaliação médica dado a suspeita de tuberculose, que se verificou em ambos. A morte da genitora de Maycon revelou a fragilidade dos laços familiares, as dificuldades institucionais e econômicas de se viver numa sociedade de consumo, ao mesmo tempo que revelam a força da resistência do viver e de um cuidado compartilhado a partir de um plano comum, onde uma rede pode vir a ser tecida no cotidiano dos afetos.

A invenção de estratégias, a ampliação do cuidado nas atividades cotidianas e o fortalecimento existencial mostrou-se tanto na vida de José quanto no reforçar os laços e composições de uma rede de saúde e de assistência que mostrou ser possível estar junto do outro naquilo que ele mesmo não consegue realizar sozinho. Na convivência junto ao Centro de Atenção Psicossocial, Maycon deixou de beber, assim como passou a conseguir fazer alguns trabalhos e ter algum dinheiro para um mínimo de subsistência.

O olhar da agente comunitária de saúde, da psicóloga, das assistentes sociais e dos demais profissionais das diversas instituições nos fizeram estabelecer um novo e outro vínculo, assim como criar um espaço de partilha e de cuidados que se torna o plano comum, onde Maycon pode aprender com os profissionais algo a respeito de si e de uma nova fase de

sua vida, sem a mãe, mas com suas capacidades, seus desejos e aspirações, deixando aberta às possibilidades de rompimento dos limites que acreditava possuir.

Este é o trabalho de uma Rede de Atenção Psicossocial, que não está para fazer com que os sujeitos tenham de se psicologizar ou se psiquiatrizar, mas que está para transcender um espaço comum de convivência, àqueles que se mostram diferentes, mesmo com os olhares normativos. O trabalho em rede não está para incluir sujeitos dentro de uma lógica padrão de existência, não está para formatar vidas que se organizam de outro modo.

Isso significa que há diversas maneiras de existência que não conseguem ganhar espaço, porque se institui um único caminho como sendo o normal. É nesse sentido que algumas pessoas se fragilizam, sofrem e são por isso excluídas da participação social. Isto mostra o quão pouco este modo hegemônico de viver, de pensar, de trabalhar em saúde, é capaz de compreendê-las (AZEVEDO, 2015, p. 87).

Maycon, assim como tantos outros, nos conta de suas fragilidades iniciais, bem como nos ensina sobre nossas forças, ensina sobre a importância da organização de uma rede frente às complexidades das demandas daqueles que necessitam de atenção e são estigmatizados, quando não esquecidos. Essas composições de alianças dizem da produção de espaços comuns, de traçados e ações potencializadoras a produzir sujeitos mais fortes, participativos e protagonistas de suas existências. Esses percursos questionam nossas próprias formações, nossas atuações para além de uma atenção psicossocial em seus moldes padrões, para além de um imperativo de higiene social. Construir e sustentar essa rede de cuidados e ações é o agir coletivo de um trabalho comum e num movimento incessante e vivo no território.

Lancetti (2016) propõe uma clínica peripatética que vai ao encontro daqueles que não se adequam à clínica tradicional, uma clínica além da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia ou da pedagogia, uma proposta de cuidado a ser construído junto aos toxicômanos, nas situações de violência, no abandono do Estado, com as psicoses e nas situações sócio-políticas surgidas em nosso cotidiano. Uma prática baseada no pensamento aristotélico do ensinar e do aprender andando, no movimento da cidade, das ruas, dos encontros e seus meandros. O autor destaca que a desconstrução do hospício é solo fértil para a produção de subjetividades e de cidadania, tanto quanto propicia a organização de espaços e tempos a promover identidades cronificadas, onde “o debruçar sobre o paciente” deve ser subvertido numa anticlínica a “pôr as pessoas de pé”, a convocar a invenção de experiências diversas nas áreas da assistência social, educação, saúde e segurança pública.

Em relação ao trabalho intersetorial e às práticas clínicas no território das equipes de saúde mental junto às equipes de saúde da família, as parcerias peripatéticas proporcionam produções de vida e ativações de um comum.

Assim como um atendimento é absolutamente mais rico quando realizado no lugar em que a pessoa mora e com as pessoas e a comunidade com as quais convive, a discussão do caso realizada enquanto se caminha pelo território é muito mais rica e propícia a ideias e revelações singulares (LANCETTI, 2016, p. 36).

Lancetti aborda que um dos grandes problemas dos Centros de Atenção Psicossocial ainda é sua centralidade em si, sua pouca abertura para o território, assim como a sustentação da lógica ambulatorial. Relata que instituições que atendem doentes mentais tendem a cronificar-se, institucionalizam-se e sustentam o poder psiquiátrico como elemento final.

A maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade, em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência. Nesse caso, não cabe aos terapeutas procurar novas estratégias clínicas: os pacientes é que devem adaptar suas demandas às ofertas dos serviços. Tal linha de ação foi criando uma corrente tecnocrática e burocrática: os CAPS envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centralizar-se no psiquiatra (LANCETTI, 2016, p. 47).

Na linha de frente territorial estão os agentes comunitários de saúde, aqueles que melhor traduzem e vivem em ato a clínica peripatética. São os que facilitam e fazem circular um saber técnico e científico, mas também saberes da cultura local e daquele coletivo. Estes profissionais, junto a outros inseridos na comunidade, se tornam os principais membros da organização sanitária de nosso sistema de saúde ao identificar os casos de isolamento domiciliar, os casos graves que não chegam aos serviços de saúde tomados como de maior complexidade, são esses profissionais que identificam a difícil tríade biopsicossocial, a importância das articulações intersetoriais e o matriciamento.

Todo o processo da reforma psiquiátrica nos revela a importância do dentro dos serviços de saúde mental, tanto quanto a importância daquilo que está fora dos estabelecimentos, da margem enquanto espaço a se criar uma subjetividade que dê ênfase à cidadania. A luta antimanicomial, para além dos atendimentos ambulatoriais clássicos, para além das formas de acessibilidade e de acolhimentos, para além dos grupos operativos e das

oficinas terapêuticas, pode e deve se ater a territórios existenciais inéditos e àqueles que não demandam ajuda e nem suporte. E como intervir nestes desafiadores contextos?

Lancetti (2016, p 94) aposta no comum, naquilo que se dá a partir da comunicação entre singularidades e que se apresenta nos processos sociais de cooperação e produção. Importante notar que esse comum é tecido por ações coletivas, por laços de solidariedade, redes de forte poder de cuidado e cooperação.

A atenção psicossocial necessita desse rompimento com a clínica, onde se deve colocar a doença entre parênteses e ir ao encontro das existências e dos sofrimentos dos sujeitos, desnaturalizando as verdades até então pré-estabelecidas e seus pré-conceitos construídos pelos modos de pensar e agir padronizados nas condutas profissionais.

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao "duplo" da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (AMARANTE, 1994, p. 65).

Ao se pensar nesses encontros, em articulação de redes, em éticas de cunho colaborativo, assim como nos processos e narrativas de formação em saúde, tomamos a direção de práticas transversais e solidárias que constroem o campo da saúde mental como um processo social enquanto uma prática política. Consideramos que as demandas de nossos usuários ocorrem de modo direto, assim como também ponderamos em suas asserções e apresentações subjetivas, assim como dos profissionais de saúde. Os vínculos entre usuários e profissionais das diversas instâncias do cuidado se mostram necessários na implementação das políticas públicas e na organização das redes de saúde, o que se faz fundamental na articulação da Atenção Primária em Saúde com a Rede de Atenção Psicossocial.

Trabalhar em função de um movimento dialético de transformação é apostar para além de protocolos técnicos e de políticas pré-estabelecidas, abrindo margem a novos valores no que diz respeito a um encontro ético que priorize o cuidado àquele sujeito.

Os usuários das redes de saúde como um todo, mesmo que fortemente vinculados, possuem conduta nômade no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo da saúde. Eles traçam linhas e caminhos buscando construir outros processos que não os instituídos pelos serviços de saúde, mas que eles consideram como necessários para o seu próprio cuidado (ABRAHÃO, FERNANDES, SOUZA, 2019, p. 53).

Os autores destacam a necessidade de mapear as situações vividas no cotidiano, do mesmo modo que dão destaque aos movimentos destas redes e de suas constantes construções, enfatizando investigar as barreiras de acessibilidade que estas apresentam para além de suas formalidades. Esta aposta abre espaço para que os deslocamentos surjam como potências a influenciar significativas mudanças na organização e no estabelecimento da rede de cuidados. O desafio se dá também no mapear esse território e na observação como os sujeitos acolhem os cuidados ofertados pelas redes de saúde e como estas se integram ao cotidiano das políticas públicas.

Cabe questionarmos em nossas práticas se estamos a fazer elos de cuidado em saúde endereçados à diversidade do mundo ou apenas propomos condutas normativas e mecanismos de controle social do mal-estar? Estas questões balizam nossas atuações assim como entram em jogo naquilo que diz respeito a uma formação permanente em saúde e a uma produção dialógica no cuidar e no intervir. As construções de espaços coletivos a acolher as mais diversificadas trajetórias devem compor o cotidiano dos serviços e das redes a fim de abrir:

Uma chance de interlocução com a ordem cultural que se revelou promissora quanto às transformações nas pessoas, em seus valores sobretudo, no sentido de pensarem a saúde como produção e sustentação do cuidado – em suma, como cuidado responsável de si e dos seus (ABRAHÃO, FERNANDES, SOUZA, 2019, p. 62).

A seguir apresentamos aspectos fundamentais a tratar dos processos de humanização e acolhimento em saúde mental e de quais modos específicos os consideramos dentro do Sistema Único de Saúde.

7 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

Mesmo com todas as discussões de saberes transdisciplinares a atravessar o campo da saúde mental, ainda se elege, para os quadros de sofrimentos psíquicos, a prescrição de psicofármacos, assim como a “prescrição” de psicoterapias, como as únicas abordagens possíveis. A possibilidade de se pensar na amplitude dos serviços substitutivos da atenção psicossocial, naquilo que estes podem ser promotores de cuidados, assim como agentes de cidadania, recorrentemente são esquecidos no cotidiano do trabalho, assim como na transmissão da formação. Pensar a rede de serviços, a luta pela universalidade, acessibilidade do acesso e o uso do território se mostram fundamentais a desconstruir esse cenário que sustenta o binômio *psi* desconstruindo os psicologismos e as condutas de medicalização da vida.

A reforma nasceu e desenvolveu-se não por consensos, mas por conflitos, disputas, posições divergentes, inclusive no âmbito teórico - envolvendo o questionamento dos saberes *psi*, seja seu discutível rigor epistemológico, seja em sua tendência de servir à normatização e à adaptação dos indivíduos ao ordenamento social (LOBOSQUE, 2020, p. 135).

Considerando todos os processos de humanização em saúde, acolhimento, assim como escuta e vínculo criam-se dimensões outras para as necessárias práticas do fazer implicado em produzir saúde para além do modelo centrado nas quatro paredes do consultório e seus procedimentos padrões. Apostamos num outro fazer educacional que dá ênfase às transformações dos preceitos da clínica, tanto quanto ao olhar atento às políticas públicas, às legislações e àquilo que se mostra inaugural na vida.

No que diz respeito à formação e à prática na clínica da saúde mental, são visíveis um conjunto de lacunas preocupantes que, por vezes, desconsideram as políticas públicas, os preceitos de um Sistema Único de Saúde e de um conjunto de diretrizes da reforma psiquiátrica adotadas há mais de 20 anos pelo Estado brasileiro. Nota-se através de profissionais e de estagiários, brechas na formação e olhares reducionistas dos grandes e reais problemas concernentes à saúde coletiva, não apostando no olhar crítico e na intervenção daquilo já instituído. O trabalho humanizado em rede, o acolher atento nos mais diversos pontos do território, a sustentação de vínculos e a responsabilização do cuidado, ficam

relegados aos especialismos parciais dada a precária ou parcial formação dos profissionais de saúde, bem como os entraves da efetivação das políticas públicas.

As noções de redes de saúde e assistência, mesmo com a ampla cobertura, defendida e planejada no território, ainda é pouco considerada na articulação do trabalho das equipes e entre as “unidades” de saúde. Tal situação faz retornar à velha lógica ambulatorial e hospitalocêntrica, o que sustenta o velho mandato social e de poder da psiquiatria a excluir e a sequestrar, desconsiderando que o sofrimento mental requer considerações e abordagens que vão além da biologização própria das doenças orgânicas e das ações medicalizantes.

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde e pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, é fruto de resultados e de amplos movimentos da reforma sanitária brasileira. Em seus preceitos temos uma consolidada mobilização social, os princípios da democracia e a defesa das políticas públicas inclusivas. Ao se pensar numa saúde que se propõe coletiva apostamos na universalidade, na integralidade e na equidade da atenção em saúde de modo amplo, assim como pensamos em uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doenças, mas a uma vida com qualidade. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

A dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde exige, indica a necessidade de mudanças nos modelos de atenção, assim como na gestão:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010a, p. 08).

Com todos os avanços e desafios, o Sistema Único de Saúde estabelece uma política pública que está constantemente receptiva à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, ao mesmo tempo que está aberta a constantes mudanças e ajustes. Dentre os grandes desafios está a criação constante de um sistema de saúde em rede, que visa superar o isolamento dos serviços em seus mais variados níveis de atenção, vindo ao encontro a uma transversalização, uma comunicação entre os diversos profissionais e suas equipes. Dentre estes desafios cotidianos está o fortalecimento e a qualificação da atenção primária a fim de ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado à saúde. Este processo mostra

a necessidade de superar a lógica estritamente sanitária biomédica, ao ampliar e fortalecer a vertente de uma saúde como produção social, tanto quanto econômica e cultural.

Dentre outros desafios está a necessidade de garantia de recursos suficientes para o financiamento do SUS, os índices gritantes de precarização. A superação da fragmentação dos processos de trabalhos, a fragilidade intersetorial das redes e as difíceis relações entre os diferentes profissionais e suas áreas de atuação somam-se a esta fragmentação. Vemos em nosso cotidiano que se faz essencial a implantação de diretrizes de acolhimento, para a sustentação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida, assim como a interação nas equipes e sua consequente qualificação para se lidar com as singularidades dos sujeitos e dos coletivos nas verdadeiras e abrangentes práticas de atenção à saúde. Dentre os preceitos elegemos também como fundamental a promoção de estratégias de valorização do trabalhador para alcançar melhorias nas condições de trabalho e na educação permanente em saúde.

Quando sustentamos a humanização como política transversal na rede, pensamos nela não como um programa, mas como uma política pública que transpassa as díspares ações e instâncias gestoras do SUS, o que provoca a construção de trocas solidárias e empenhadas tanto com a tarefa de produção de saúde, como com a produção de sujeitos e outros modos de existência, e assim revelam-se as práticas em saúde, enquanto eixos também subjetivos e presentes.

A valorização dos diversos usuários, trabalhadores e gestores, diretamente implicados no processo de produção de saúde, faz com que possamos pensar na humanização como via de promoção e vertente produtora da autonomia, a alçar o protagonismo dos sujeitos e de seus coletivos. Este processo de humanização vem a partir de encontros, vem com o aumento do grau de corresponsabilidade, com o mapeamento e intercâmbio com as demandas sociais, coletivas e subjetivas nos processos de saúde. Há de se reconhecer ainda a heterogeneidade deste coletivo e o oferecer a mesma atenção e cuidado à saúde da população, sem distinção de idade, cor, origem, gênero e orientação sexual. Inclui-se assim, a proposta de um trabalho mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo, tendo compromisso com a articulação fundamental dos processos de educação e formação com os serviços e práticas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

Dentre os princípios da proposta da Política Nacional de Humanização, temos a força da transversalidade, ao aumentar o grau de comunicação intersetorial, transformando os elos relacionais e de comunicação junto àqueles implicados nas tecnologias de produção de saúde. Este sutil movimento teria como efeito a desestabilização das fronteiras e desconstrução dos

saberes e dos territórios rígidos do poder e dos modos ultrapassados e instituídos na constituição das relações de trabalho.

Outra ênfase se dá na indissociabilidade entre o campo da atenção e da política pública, dada a impossibilidade de separar dos processos de gestão e apropriação do trabalho, assim como se faz impossível a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade.

Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010a, p. 24).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Humanização estão os preceitos de uma clínica ampliada, de cogestão, de acolhimento, o qual trataremos a seguir, da valorização do trabalho e do trabalhador, da defesa dos Direitos do Usuário, e também do fomento das grupalidades, coletivos e redes e na construção de um fazer efetivo. Dentre alguns dos dispositivos da Política de Humanização destacam-se os Grupos de Trabalho, as Câmaras Técnicas, as equipes Transdisciplinares e de Apoio Matricial, os Projetos Terapêuticos e os Projetos de Saúde Coletiva.

Na implementação dessa política esbarramos com o não entendimento do que seja humanização em saúde, sendo esta relacionada a assistencialismos, paternalismos, caridade ou até mesmo solidariedade, ou então, em outra vertente, a um tecnicismo burocrático que se sustenta por uma racionalidade administrativa, gerencial a se medir pela qualidade dos resultados protocolares (MORI; OLIVEIRA, 2014).

Com a implementação dos processos de humanização no sistema de saúde, que engloba a atenção primária, atenção especializada, urgência e emergência hospitalar, buscase a ampliação do acesso aos serviços, assim como atendimentos mais acolhedores e resolutivos, baseados em critérios de risco. Busca-se também a participação ativa do usuário e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de construção de um plano terapêutico, e na garantia de uma gestão participativa dos usuários e trabalhadores, com imprescindível investimento profissional em educação permanente em saúde. Adota-se assim que a Política Nacional de Humanização possui uma perspectiva formativa, tanto quanto participativa e

emancipatória, onde o fazer e o aprender se articulam nos mesmos movimentos. Tomando como referência para esta pesquisa, a humanização na saúde deve ser incluída tanto como conteúdo, assim como componente dos cursos de graduação, de pós-graduação ou extensão em saúde, assim como no fazer das próprias unidades e serviços de saúde.

Humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010a, p. 62).

Assim a política de humanização, mais do que um programa, ou alegoria caridosa é uma transformação cultural nas relações a englobar todos os níveis de atenção em saúde, que se dá como processo a favorecer com que o sujeito vulnerabilizado, a partir de seus cuidadores e junto à sua rede social, enfrente seus desafios, sendo agente ativo de sua própria saúde. Assim a humanização da saúde passa pela humanização do todo social.

Entretanto, o cenário a atingir tais objetivos e preceitos tem sido difícil, dado uma série de fatores, como a limitação de recursos financeiros, ingerências e dificuldades administrativas. Há que se considerar ainda, a sobrecarga dos profissionais em jornadas intensas de trabalhos, a não qualificação, as baixas condições salariais, assim como os desgastes físicos e subjetivos.

Na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, um dos principais desafios é o acolhimento, esse ato ou efeito de se aproximar de quem sofre, de “estar com”, de “estar perto”, de “estar em relação a algo ou a alguém”. Acolher diz reconhecer o outro em sua alteridade, em seus modos de viver, de estar e de colaborar com o sentir a vida. Acolher revela a possibilidade de invenção de soluções a dar sentidos, de dignificar o viver, ao mesmo tempo que convoca a processualidade do protagonismo e ao compromisso com a coletividade.

O sistema neoliberal, a lógica de um Estado mínimo, a precarização das relações de trabalho, a privatização da vida cotidiana, os processos de individuação e a objetificação dos usuários dos sistemas de saúde não têm ido ao encontro dos preceitos de humanização

propostos. Em linhas gerais, o modo como se dá o acesso aos usuários nas redes de saúde revelam a escuta desatenta e não qualificada, assim como relações solidárias não exercidas devidamente a partir dos preceitos éticos de defesa e afirmação da vida.

Acolher não diz de um voluntarismo ingênuo, tampouco de boa vontade ou concessão de favores ao outro. Acolher não se restringe em recepcionar administrativamente ou burocraticamente, tampouco a fazer uma triagem seguida de encaminhamentos diversos para espaços mais referenciados ou especializados. Tal lógica de ação pontual, descompromissada e isolada dos processos de responsabilização e de vínculo, sustentam as clássicas filas burocráticas para atendimentos, reproduzem a lógica industrial contábil de produção, assim como não permite os vínculos fundamentais nos processos constitutivos de referência e produção de saúde.

Tais funcionamentos demonstram uma lógica produtora de mais adoecimento, na qual, ainda hoje, parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. O objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços, que, de modo geral, é organizado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010b, p. 15).

Importante junto às diretrizes de humanização nos serviços de saúde é o acolhimento articulado com as propostas como a cogestão, a consideração de uma inversão da clínica, onde se deve colocar a doença entre parênteses e ir ao encontro das existências e dos sofrimentos dos sujeitos, desnaturalizando as verdades até então pré-estabelecidas e seus pré-conceitos construídos pelos modos de pensar e agir padronizados nas condutas profissionais, o que remete à formação permanente dos profissionais, além da sustentação do direito dos usuários, da cidadania e ações coletivizadas. Acolher é mais que receber a demanda espontânea, é mais que a recepção inicial ou triagem, é uma processualidade de produção de vida e de saúde a partir de laços sociais e comprometimentos éticos a garantir a pluralidade das ações, que sejam a co-responsabilização, a construção de redes de autonomia e a reinvenção tanto do usuário quanto do profissional.

Dentre as estratégias de interferência nos processos de trabalho, o acolhimento traz à tona o protagonismo dos sujeitos envolvidos, assim como convoca uma reorganização dos serviços de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho: no que diz respeito à dinâmica dos espaços de gestão, de elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos, de modo intersetorial e transdisciplinar:

Requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso às diversidades cultural, racial e étnica. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010b, p. 21).

Na intensidade das demandas cotidianas, dos variados serviços de saúde, avaliar os riscos e as vulnerabilidades, tanto dos sofrimentos subjetivos, quanto dos sofrimentos físicos, se faz fundamental para a melhoria de acesso dos usuários. A humanização das relações refina a escuta e o olhar, é participante, convida a mudança de objeto, não mais centrado na doença, mas no sujeito, assim como redefine os parâmetros de um atender de modo mais humanitário, solidário e cidadão.

Implantar sistemas de acolhimentos na Atenção Primária, em seus variados espaços de atuação, a partir das demandas espontâneas e também daquelas não programadas se mostra como possível a partir desse viés. Classificar riscos nas unidades de urgência, assim como flexibilizar os agendamentos, estar aberto às intercorrências e aos modos de recepção nos serviços de atenção especializada, também se mostra adequado nestas proposições. Para ampliar o debate, redefinir as necessidades, promover e sustentar reuniões de equipes, assembleias com os usuários, participações nos Conselhos de Saúde também mostram como necessárias e frutíferas ações ao se pensar na qualificação da atenção no SUS.

O acolhimento deve ser uma intervenção, uma técnica de abertura do outro e ao outro onde se identifica, se organizam as necessidades e soluções que possam surgir. A construção de projetos terapêuticos criativos, dialógicos, individuais e coletivos a intervir nos aspectos amplos da vida, não se restringindo aos aspectos curativos, medicalizantes, psicologizantes e restritivos tradicionais, se mostram como diretrizes desse cuidar humanizado, para além do modelo queixa-conduta.

Subvertendo a lógica mercantil da contabilização de números e procedimentos mecânicos, diferente de mero modelo de triar, o acolhimento é este processo implicado na produção e promoção da saúde que vai da chegada até a saída do usuário. De uma escuta qualificada da queixa, de suas dores, angústias, passando pela análise da demanda deste sujeito. Este processo de abertura, de interlocução de saberes, que inclui todos os profissionais, de receber aquele que sofre, acontece nos encontros com uma atenção integral, resolutiva, responsável e possível, apostando numa real horizontalidade do cuidado, no uso das redes e suportes de um trabalho vivo e em constante movimento.

Aqui foi apresentada e discutida a humanização no acolhimento em saúde enquanto produção de sujeitos e outros modos de existência. Lembrando os objetivos desse relatório de pesquisa, a discussão sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção e transmissão de um processo formativo na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, RJ, será abordado na próxima sessão o tópico “campos de tensões”, onde o viés crítico se faz presente ao embasar referenciais teórico-metodológicos no processo formativo com alunos e estagiários de cursos técnicos e de graduação que atuam nessa Rede. Trazer para a cena “campos de tensões”, para compor a produção de conhecimentos qualificados sobre saúde coletiva através de ações e reflexões transdisciplinares, frente às ações fragmentárias e parciais do cotidiano, para entremear o relato das principais dificuldades na organização das várias redes e nos processos de gestão e planejamento local em saúde pública.

8 CAMPOS DE TENSÕES

Em “A História da Loucura na Idade Clássica” Michael Foucault (1961) tratou da representação da loucura enquanto um fenômeno histórico a partir das representações sociais. Na obra, o autor trouxe à tona e procurou estudar as imagens que foram construídas sobre a loucura nos séculos XVII e XVIII, a partir do enclausuramento e da violência sobre os corpos. Já em “O Poder Psiquiátrico” Foucault (1973) analisa não apenas a percepção da loucura, mas trata dos discursos, dos saberes, dos jogos de poder e da verdade que tomam por objeto a experiência da loucura (CAPONI, 2009. P.96). Neste trabalho, faz uma análise de como se estabelecem as relações dentro do campo médico, estão os estudos de como se articulam saber, verdade e poder ao mesmo que se busca responder em que medida um dispositivo de poder produz enunciados e discursos e como estes se sustentam e se propagam em saberes outros.

Os dispositivos de poder passam a ser visualizados e analisados como instâncias de produção das práticas discursivas e a interrogação se deslocará das representações para os dispositivos de poder e os jogos de verdade que se teceram em torno da loucura e do saber psiquiátrico. No momento em que Foucault dita este curso, ele está também dedicado à investigação e ao desenvolvimento de um novo livro que aparecerá poucos anos depois: Vigiar e punir. Como sabemos, esse texto inaugura um novo modo de entender a história das ideias, novos temas e novos problemas começam a ser abordados: o poder disciplinar, a normalização, a articulação entre verdade e poder, as estratégias e táticas de controle do tempo e do espaço. Nesta etapa genealógica, o interesse pelas “epistemes” se desloca para o interesse pelos “diagramas de poder” (CAPONI, 2009. P.96).

Nestes estudos nos deparamos com os espaços disciplinares, com as lógicas panópticas dos asilamentos e nos modos como estes se apresentam também na escola, no hospital, na prisão, na ordenação das cidades, na disciplinarização do indivíduo. Também estão as dissimetrias, as diferenças entre os estudos médicos, anatômicos e psiquiátricos, naquilo que marcam a distinção de objetos do corpo anatomopatológico, do neurológico e da falta de substrato, de corpo, que marca o campo da psiquiatria, que acaba sendo denominado doença mental ou transtorno psiquiátrico.

Sendo a psiquiatria uma medicina onde o corpo está ausente, onde o diagnóstico psiquiátrico está em oposição ao absoluto diagnóstico da medicina clínica, ainda há de se sustentar, ao mesmo que buscar, as relações entre lesões e doenças mentais, do aspecto físico até a disfunção química propriamente dita e sustentada até a contemporaneidade. Na busca

pelas especificidades da psiquiatria há de se buscar, no indivíduo, aquilo que se esconde no corpo, mas também em suas condutas, nos hábitos cotidianos, nos laços e antecedentes familiares, no histórico de vida.

A terapêutica do sujeito como forma de domínio, a docilização dos corpos e a subjugação, se faz no poder psiquiátrico, assim como o hospital psiquiátrico se fez no século XIX como lugar do diagnóstico, de classificações psicopatológicas já variadas, compartimentalizadas num campo institucional de submissão do corpo social.

Todas as técnicas ou procedimentos postos em ato nos asilos do século XIX: isolamento, interrogatório público ou privado, tratamentos punitivos como a ducha, as obrigações morais, a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações de preferência entre certos médicos e certos doentes, as relações de posse, de subordinação, de vassalagem, de domesticação, de servidão do doente ao médico, tudo isso tinha por função fazer do personagem médico o mestre da loucura: aquele que a faz aparecer em sua verdade (que explicita o que estava escondido e silencioso), aquele que a domina, a apazigua e a absorve depois de havê-la sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 2003).

Esquirol já enunciava “as cinco principais razões para o isolamento dos loucos: assegurar a segurança pessoal e familiar; libertá-los das influências exteriores; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; lhes impor novos hábitos intelectuais e morais” (CAPONI, 2009, p. 100). A partir daí o campo psiquiátrico se faz como o espaço no qual a desrazão, a vontade perturbada, as ações indesejadas e as paixões errôneas vão se confrontar diretamente com a moralidade estabelecida.

Tal poder disciplinar, que não se refere apenas aos corpos e que transcende as nosologias da medicina clássica, demarca o campo da sanidade e da loucura, do normal e do patológico legitimando sua incidência sobre a vida e a morte, tal qual característico do biopoder da modernidade. A terapêutica psiquiátrica confunde-se facilmente e transmuta-se como um processo moralizador dos rituais religiosos anteriores à era moderna.

A ausência de corpo, o diagnóstico binário, a descrição impressionista (de superfície) dos sintomas, a classificação de doenças cujo modelo parece ser mais próximo da classificação botânica de Lineu que da nosologia patológica da medicina clínica, o processo de cura diretamente vinculado à restituição de condutas e valores morais, a desconsideração relativa à maximização do corpo como força de trabalho tão cara ao capitalismo e, por fim, o sobre-poder exercido pelo psiquiatra, parecem falar da persistência de um antigo modelo de poder, um modelo pré-moderno e pré-capitalista, um resíduo do antigo poder soberano (CAPONI, 2009. P. 102).

Com Venturini (2013, p 44) sustentamos que “a ‘civilização’ ocidental tem buscado matar ou assimilar o Outro, tentando fazer desaparecer a alteridade”, assim como pensamos que “a psiquiatria transforma uma arcaica relação de poder baseada na violência física, em uma moderna relação de poder, um novo paradigma de submissão psicológica e moral do Eu do doente, mais apropriado à lógica do estado liberal”. Deste modo, o poder psiquiátrico se faz como uma expressão médica, um modo de pensar e de agir que faz sustentar suas categorias e os jogos de inclusão e exclusão, sejam em seus manuais diagnósticos ou na sustentação dos ideais de normalidade.

Num movimento de regular os excessos e as paixões, de conter a desrazão, de silenciar os delírios e hábitos considerados inadequados, não mais tanto se restringe fisicamente, mas produzem-se encarceramentos e manicomializações outras através da única e pura prescrição de fármacos e seus efeitos colaterais.

Tais cenários não se restringem ao século XIX, não estão restritos aos velhos espaços de enclausuramento, não estão apenas nas memórias, nas fotos ou nos documentários em preto e branco, mas são existentes na contemporaneidade e também presentes de modos mais sutis e por vezes refinados. Permanecem nas intervenções terapêuticas que se restringem aos mesmos e clássicos interrogatórios, nas vigilâncias, existem nos Ambulatórios de Saúde Mental, nos Centros de Atenção Psicossocial, nas Estratégias de Saúde da Família e Hospitais Gerais a esquadrihar seus espaços de atuação a repetir as mesmas institucionalidades e o movimentos maquínico das tecnologias de poder e subjugação dos indivíduos.

Mapeando a cobertura da atenção psicossocial no município de Santo Antônio de Pádua-RJ pensamos numa rede pública ampliada de atenção em saúde mental, ou seja, o conjunto mais amplo de suporte e atuação dos serviços e profissionais no território. Tais recursos setoriais e intersetoriais já implantados são os fundamentos de base para se pensar os principais desafios locais para ampliação de atuação das práticas no cuidado em saúde mental, são os elementos chaves para a construção de uma agenda política intersetorial e que se apresentam do seguinte modo:

Santo Antônio de Pádua possui uma população estimada de 42.705 habitantes, numa área territorial de 603,633 km² (IBGE, 2021). A Estratégia de Saúde da Família é composta por 12 unidades e 8 subpostos, com um percentual estipulado de 100% de cobertura. No total há no Município 76 unidades inscritas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde distribuídos nos diversos bairros e nos 9 distritos da cidade. A rede de urgência e emergência concentra-se principalmente no hospital geral do Município e em mais duas Casas de Saúde, privadas.

Há uma Policlínica de Especialidades de Saúde, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família não funcionando em toda sua capacidade operacional, dois Centros de Referência da Assistência Social, estrategicamente distribuídos, um Centro de Referência Especializado da Assistência Social, 37 escolas, sendo 12 do ensino médio e 25 do ensino fundamental, além de uma faculdade com dois cursos na área de saúde, enfermagem e psicologia, e o Instituto de Educação do Noroeste Fluminense, da Universidade Federal Fluminense. Há ainda no Município um Centro de Atenção Integral Materno Infantil, um Centro de Convivência do Idoso, uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, um abrigo de crianças e adolescentes, a Casa Lar, e duas instituições de longa permanência para idosos. Já houve numa área rural da cidade uma Comunidade Terapêutica, para pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas que contavam, em parte, com recursos públicos. Hoje, no mesmo espaço há uma instituição, Cristolândia, que oferece espaço de acolhimento para pessoas com dependência de álcool e outras drogas.

O Departamento de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Pádua coordena o Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência, o Ambulatório de Saúde Mental e o Serviço Residencial Terapêutico, além de fazer a articulação e dar suporte à Rede de Atenção Psicossocial do Município.

O Ambulatório de Saúde Mental conta com uma clientela de mais de 2800 pacientes e oferece consultas psiquiátricas e psicológicas, suportes e intervenções nas áreas de enfermagem e serviço social, atendendo adolescentes, jovens, adultos e idosos. Além dos atendimentos individuais, oferece grupos de recepção, grupos terapêuticos para adolescentes e adultos, grupos terapêuticos para adolescentes e adultos com problemas devido ao uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, grupo de familiares, e realiza perícias e avaliações para o Tribunal de Justiça e Ministério Público Estadual.

O Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência é um serviço aberto e comunitário que tem como papel cuidar de pessoas em sofrimentos mentais severos e persistentes, além de ser o articulador e organizador de rede de atenção psicossocial. Assim o CAPS é o espaço de acolhimento humanizado para os mais diversos e variados casos de agravos e sofrimentos psíquicos oferecendo atendimentos com assistentes sociais, enfermeiro, farmacêutica, nutricionista, psicóloga, psiquiatra, técnicas de enfermagem e estagiários de cursos técnicos e de graduações. Temos mais de 220 pacientes cadastrados e em acompanhamento regular, além de suportes a outras unidades e situações de emergências.

No CAPS temos ainda atendimentos domiciliares e hospitalares, atendimentos com busca ativa, grupos de familiares, grupos de usuários de álcool e outras drogas,

fornecimentos de medicação, internação em hospital geral quando necessário, oficinas terapêuticas de artesanato, do corpo, de culinária, jardinagem, jogos, jornal, leitura, meditação, pedagógica, de vídeos, além de refeições como café da manhã, almoço e café da tarde.

Cada paciente do CAPS possui um técnico de referência que fica responsável por construir um projeto terapêutico singular, que é o traçado e o plano clínico de acompanhamento e cuidado em saúde mental. Há profissionais que ficam responsáveis pelos plantões diários do Centro de Atenção Psicossocial, assim como recebem as demandas espontâneas ou encaminhadas, realizam os primeiros acolhimentos em saúde mental, que são atendidas imediatamente, quando possível, ou previamente agendadas, além de atender em buscas ativas e intercorrências.

O Serviço Residencial Terapêutico, outra unidade, é uma alternativa de moradia para aqueles que estiveram internados no setor de longa permanência de hospitais psiquiátricos ou hospitais de tratamento psiquiátrico e custódia, mas também é um espaço para aqueles que hoje não possuem mais laços familiares. Os seis atuais moradores por não contarem com autonomia, suporte familiar e social adequados, são acompanhados pelo CAPS Ilha da Convivência e pela equipe do Departamento de Saúde Mental do Município. Nesta moradia oferecemos atendimentos com técnicas de enfermagem, cuidados nas atividades da vida diária, fornecimento de alimentação integral e medicação, além de suporte biopsicossocial e estratégico no cuidado em saúde mental.

A proposta da Rede de Atenção Psicossocial visa garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção em saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo, das estratégias de humanização e da atenção às urgências em saúde mental em seus diversos e mais variados espaços.

Como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Santo Antônio de Pádua, possuímos desde 2013 quatro leitos no Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental, do Hospital Municipal Hélio Montezano de Oliveira, que oferecem àqueles em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, possibilidade de internação de curta duração, até a estabilidade clínica. Este serviço passou a funcionar a partir do fechamento do hospital psiquiátrico de referência da região, a Clínica de Repouso Itabapoana, que era conveniada ao SUS até 2013 e que ficava no município de Bom Jesus de Itabapoana, a 78 km de Santo Antônio de Pádua, e que possuía até 2012 um total de 240 leitos.

O Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental, do Hospital Municipal Hélio Montezano possui como diretriz fundamental não se constituir como um ponto de atenção isolado, mas que acolha ao mesmo que funcione em rede com os outros pontos de atendimento e suporte, como com o Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência, demais unidades de saúde e familiares. Essa intersetorialidade é o que vem a favorecer a corresponsabilização pelos casos, a continuidade do cuidado e a construção do projeto terapêutico singular após a alta clínica hospitalar.

Este suporte hospitalar é oferecido para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como comorbidades psiquiátricas ou clínicas advindas da Rede de Atenção Psicossocial. Desde 2013 o funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência é um espaço em constante discussão e construção, dado ser visto, em grande parte das vezes, como um espaço de exceção, de estigmas e de resistências, por parte de profissionais, gestores e familiares. Tais tensões se dão frente ao não entender ou aceitar a clínica da saúde mental no espaço de um hospital geral, e toda a amplitude do cuidado com os atravessamentos interdisciplinares e intersetoriais.

A dificuldade de um bom trabalho intersetorial se apresenta não especificamente no número de instituições, mas na articulação necessária dos serviços disponíveis para oferecer suporte e atendimento em rede. Aqui se apresenta toda a problemática de uma política em saúde mental e que é o motivador e elemento disparador desta pesquisa.

Como exposto, há estruturalmente uma cobertura ampla, porém lacunar e não intensiva. Um dos pontos chaves para a efetividade de todo o trabalho da rede é essa articulação que, por vezes, acaba por não acontecer. A ideia de uma verdadeira intersetorialidade não é aplicada na maior parte dos serviços e unidades de atendimento, o que já foi sinalizado há anos para os diferentes diretores de unidades e Secretários Municipais de Saúde. A não adequação do trabalho se mostra, por vezes, em demandas profissionais e encaminhamentos apressados, e por vezes burocratizados, que não trazem a questão clínica como referencial de cuidado e trabalho.

Já foram propostas e realizadas diversas reuniões a fim de estabelecer protocolos mínimos e flexíveis frente às demandas dos usuários e possibilidades de cada uma das unidades, mas com um número muito reduzido de resultados efetivados. A intersetorialidade ainda é muito pouco aplicada, ou pensada pela maioria dos profissionais e a ideia, o valor e a aplicabilidade de uma rede pública de cuidados nos mais variados setores acaba por não

acontecer de fato. Ao longo dos últimos dez anos, alguns ajustes intersetoriais e tentativas de um trabalho comum foram realizados e os apresentamos a seguir.

Dentro do próprio Departamento de Saúde Mental há dificuldades nos desdobramentos entre CAPS e Ambulatório, isso por ficarem no mesmo espaço físico, e com mesma equipe técnica, que na prática responde às mais diversas demandas do cotidiano. Acredita-se que uma separação física das unidades se faça necessária para melhor assistência psicossocial aos usuários do CAPS, dado que a demanda de consultas psicológicas e psiquiátricas, apenas, impede a disponibilidade e a amplitude das ações da atenção psicossocial. A definição de quais profissionais seriam do CAPS e do Ambulatório foi um facilitador no trabalho em rede.

Uma maior articulação da Estratégia de Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Policlínica e Departamento de Saúde Mental, pode favorecer o acompanhamento dos casos, assim como, funcionar como elemento preventivo de crises ou outras complicações clínicas. Já foram feitos matriciamentos e ações junto aos agentes comunitários de saúde, assim como reuniões intersetoriais com os gestores a fim de estabelecer diretrizes de acompanhamento sistemático no território, o que não foi cumprido a longo prazo e se perdeu com as trocas de chefias ao longo dos anos.

Foram já realizadas reuniões sistemáticas com a Associação de Pais e Amigos do Excepcional, com o Centro de Atenção Integral Materno Infantil, Secretaria Municipal de Educação e Cultura, Casa Lar, Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e Departamento de Saúde Mental. Parte do proposto nestas reuniões foi acolhido, mas com resistências de algumas unidades quanto a casos que requerem maior especificidade e cuidado. Tivemos situações nas quais contamos com o apoio e supervisão da Coordenação Estadual de Saúde Mental e com o Grupo de Trabalho da Rede de Atenção Psicossocial da Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Mas tais supervisões foram focais e não tiveram a continuidade requerida.

No que diz respeito ao trabalho comum entre o Hospital Geral e o Departamento de Saúde Mental, já tivemos grandes dificuldade nas ações e no manejo de crises e surtos, ou seja, no manejo conjunto das emergências, o que foi em parte sanado junto ao trabalho conjunto com o setor de psicologia e serviço social do hospital, dado algumas resistências de alguns profissionais da equipe de enfermagem e médica. Ainda para alguns destes profissionais, os pacientes em sofrimento psíquico que são recebidos no Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental, assim como usuários de álcool e outras drogas, são vistos como exclusivos do Departamento de Saúde Mental, pois é recorrente a ideia de considerar e chamar esse setor do hospital geral de “*quarto do CAPS*”. Mesmo a partir de reuniões e

pactuações entre gestores, a alternância de profissionais, e a variabilidade de manejos dificultam e muito a boa condução dos casos. Também aqui a lógica manicomial ainda se faz por existir ao se questionar sobre Clínicas Especializadas, Hospitais Psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e recorrentemente a eles demandar internações: tanto familiares, quanto profissionais de saúde e operadores do direito.

Havia uma baixa articulação entre a Secretaria de Assistência Social e o Departamento de Saúde Mental. Reuniões periódicas foram organizadas, dado que as ideias pensadas foram tomadas inicialmente como uma invasão institucional e ameaças de trabalho de alguns profissionais. Tais situações têm sido discutidas e ajustadas com encontros regulares já há alguns anos.

Mas permanecem internações em Clínicas Especializadas em Minas Gerais, em Hospitais Psiquiátricos, em Nova Friburgo e Campos dos Goytacazes, e em Comunidades Terapêuticas à revelia do Departamento de Saúde Mental. Tais notícias nos chegam a partir de relatos de familiares e usuários do CAPS e do Ambulatório nos últimos anos. A problemática do crack chegou nas cidades do interior, também junto a população em situação de rua e até mesmo na zona rural. A falta de um projeto de “consultório de rua”, com a “busca ativa” voltada para um projeto de humanização e intersetorial, tão enfatizado por Lancetti (2016), conforme discutimos, dá lugar a formatos de internações nestes espaços citados, orquestradas por gestores, profissionais e operadores do direito. Tal fato é muito grave, visto os dados do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017), do Conselho Federal de Psicologia e de todo o Movimento da Luta Antimanicomial e os preceitos e diretrizes legitimados da Reforma Psiquiátrica.

Quanto aos questionamentos oriundos do Tribunal de Justiça e pelo Ministério Público, as demandas se apresentam por vezes num imediatismo desnecessário, numa burocratização tutelar, o que tem sido apresentado e discutido também junto à Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde. A falta de critérios já foi crescente quanto ao acolhimento e cuidado, assim como ainda há resistências a qualquer tipo de abordagens que priorizem o cuidado intersetorial, no território e que não direcione necessariamente à internação.

Um outro ponto delicado já se mostrou nas duas instituições de longa permanência para idosos do município. Parte de sua clientela não eram de idosos, mas de pessoas que apresentavam alguma debilidade ou transtorno mental que foram asiladas por seus familiares: estudos de casos foram realizados e intervenções do Ministério Público foram necessárias para sanar as dificuldades e barrar as condutas.

A partir do exposto mostra-se ainda necessária a criação de referências institucionais que respondam às demandas de modo partilhado e não apenas encaminhamentos unidirecionais e de responsabilizações provisórias. A formalização dos contatos e reuniões se mostra importante, mas como dito anteriormente, aquilo que é pactuado, na prática, acaba sendo visto como ameaça institucional ou profissional ou desresponsabilização. Outro ponto de difícil manejo e problematizante para um cuidado em rede no município é a alternância de profissionais e gestores, onde o trabalho parece estar sempre e continuamente começando.

Dentre os principais desafios ao longo dos últimos anos está a interlocução entre gestores e coordenadores dos variados programas, a garantia das ações e intervenções de saúde mental na atenção primária, a oferta de serviços substitutivos, o suporte e a retaguarda no hospital geral para aumentar o acesso da clientela ao cuidado mais intensivo. Fundamentais são as ações psicossociais junto à cultura local a fim de desmontar a lógica manicomial que ainda impera em muitos profissionais e familiares.

Falar de políticas públicas é necessariamente tratar de intersetorialidade se havendo também com o empenho de usuários, familiares, trabalhadores e gestores do campo da saúde, estes últimos implicados com articulação política, gestão, financiamento e acessibilidade. Construir uma saúde pública e coletiva é fazer necessariamente alianças intersetoriais no estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento e acompanhamento – eis o desafio das políticas sociais e da gestão.

Construímos e buscamos mudanças no modelo de atenção, que se mostra na superação do modelo asilar, na criação de uma rede substitutiva diversificada, na garantia dos direitos de cidadania, seja na implantação de novos paradigmas, na implementação de posições éticas e políticas, na ampliação, consolidação de serviços e na ideia de fortalecimento da rede. Que cada representante da rede intersetorial parta de um lugar possível de intervenção, isso para se preservar a diferença das intervenções.

Fundamentar os passos para a montagem de uma agenda política intersetorial no território é um desafio que vai além de um programa da saúde pública, mas do interesse e do trabalho de todo um conjunto de profissionais e gestores. Quando os partidarismos, interesses pessoais e as demandas particulares se sobrepõem ao compromisso público, toda e qualquer construção não apresenta seus melhores resultados.

Pensar numa rede pública ampliada de atenção em saúde mental é pensar num circuito de atenção integral, uma corresponsabilidade, que garanta acessibilidade, universalidade e equidade, respondendo às diferentes necessidades, estas, que não são as mesmas para todos. A proposta intersetorial parece utópica, mas a lógica se mostra em oferecer o ideal para colher

o possível, dado que construir uma agenda é mudar e reorientar os caminhos da própria atuação.

A seguir nossos encontros cartográficos, alguns olhares e construções de redes, as entradas, acolhimentos e diálogos no campo, assim como as acessibilidades e os muros que encontramos.

9 CARTOGRAFIAS DA CONVIVÊNCIA

Na gênese desta pesquisa e no traçar cartográfico optamos inicialmente, por “rodas de conversas” com os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de Santo Antônio de Pádua- RJ. Pensamos na força desses encontros, principalmente, por seus poderes de interlocução e intervenções coletivas, mas em função da pandemia da COVID-19 desde 2020 e frente às questões éticas concernentes ao anonimato dos entrevistados, tivemos de redefinir nossa rota. Optamos por entrevistas semiestruturadas individuais, via *Google Meet*, com os profissionais indicados pelos Secretários Municipais de Saúde e Saneamento, Educação e Cultura, Assistência e Desenvolvimento Social e também os profissionais do Departamento de Saúde Mental do município.

A presente pesquisa foi adequadamente submetida à Plataforma Brasil e analisada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, tendo parecer (anexo B) aprovado e seguindo as diretrizes de sigilo e garantia da privacidade dos entrevistados conforme preconiza a Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

A escolha das entrevistas semiestruturadas veio como possibilidade de recolher as narrativas orais dos sujeitos participantes da pesquisa. A ideia foi que tais questões apresentadas nos encontros pudessem ser disparadoras de pistas para a cartografia de processos emancipatórios no cuidado intersetorial ao mesmo que transdisciplinar.

Concernente à privacidade dos entrevistados, cabe destacar aqui que, não identificamos oficialmente os reais nomes dos profissionais, nem informações possíveis que os pudessem diretamente reconhecer. Apresentamos ao longo do texto a seguir codinomes e trazemos à tona as narrativas que se destacam e que já nos servem como analisadores dos posicionamentos, das éticas de cuidado e das condutas frente aos trabalhos realizados no dia a dia.

Com Lourau (1993), pela vertente da Análise Institucional, almejamos trabalhar as contradições, assim como provocar o instituído naquilo que ele atua como um plano de forças estanques a produzir imobilidade e iatrogenia. Apostamos num ethos de pesquisa que ao mesmo tempo cria dispositivos de uma análise social e coletiva, numa análise das implicações, frente aos protocolos burocráticos do cotidiano. Nas falas, nos planos e ações, surgem elementos a revelar as instituições invisíveis, os elementos instituídos e também aqueles possíveis a fim de construir um novo campo de coerência e intervenção.

9.1 As várias percepções e conexões das redes

Num primeiro momento ao questionarmos o que cada entrevistado entenderia como formas de comunicações possíveis em redes no município, José imediatamente disse ser *“Uma corrente, um elo para um objetivo comum para atender a população, uma articulação com todos os equipamentos, uma comunicação da assistência, saúde, educação, defesa civil e demais secretarias do Município”*. Também surgiu a ideia de que rede seria, para Fernando *“Um sistema interligado onde todos sejam a base e o distribuidor da informação, na distribuição de medicamentos e organização de consultas”*, assim como *“uma comunicação que também pode se dar por boletins informativos, internet e rádio”*;

Provocada e incomodada pelo cotidiano profissional, foi exposto por Daniela que *“O diálogo não existe, a rede não funciona porque, nem os profissionais entendem sobre o trabalho coletivo. Acho que tem que fazer uma capacitação urgente para deixar claro para todos”*. Karina apresentou que *“Precisamos do suporte da Assistência e da Saúde, dado as outras dimensões da vida, que vão interferir na aprendizagem, no desenvolvimento, dado algumas deficiências ou alguns transtornos específicos da aprendizagem. Sem a rede fazemos uma educação em lacunas e a parceria da Secretaria de Educação, com as escolas e com a Secretaria de Saúde faz muita falta, pois precisamos encaminhar os alunos, às vezes precisamos também encaminhar os familiares”*. E continua: *“Falta tanta comunicação, quanto faltam profissionais, falta acesso e respostas mais imediatas. Acaba que não sabemos do funcionamento de outros setores dada as dificuldades na comunicação entre os setores, pois não ficam claros os processos, as informações não chegam, nem sabemos como funcionam nos outros lugares”*. E pontua ainda que *“os atendimentos infantis estão sendo negligenciados, acho importante que possamos ter mais encontros e mais reuniões”*, porém, *“por mais simples que seja, acredito que as pessoas possuem dificuldades de se expressarem nos encontros, sejam eles virtuais ou presenciais”*.

A ideia do suporte para a educação para *“problemas específicos de aprendizagem”*, que culmina no dito sobre *“uma educação em lacunas”* esbarra em uma leitura reducionista de não problematizar a escola, seus métodos e seu formato normalizador.

Neide citando que trabalha há muitos anos na cidade sustenta que *“Temos uma comunicação muito ruim, não temos instrumentos para fazer uma rede acontecer, possibilidades de visitas, nem disponibilidade de alguns profissionais para esta articulação. O mínimo que conseguimos estabelecer são as fichas de encaminhamentos formais e é assim”*.

que a gente se comunica na maioria das vezes. Quer saber? Com os pacientes, acabamos usando também os nossos próprios recursos pessoais, como ligações telefônicas e whatsapp. Até materiais eu já trouxe de casa, diversas vezes, para usar aqui há alguns anos. Poucas vezes sou convidada para uma reunião”.

Pensando na proposta de comunicação, Denise afirma que *“A rede é a conversa entre os setores, o trabalho em conjunto que deveria existir de verdade, o conjunto de ações intersetoriais a beneficiar os pacientes”*. Incomodada Maria diz que *“tentativas são feitas aqui, mas não se possui uma sustentação das equipes dado a rotatividade das funções e dos profissionais, dos contratos de trabalho. Há também o desinteresse de alguns profissionais, e isso é grande, e entendimentos fracionados e não uma visão em conjunto”*.

Notamos que a ideia de rede é claramente percebida com uma ligação dos serviços e do conjunto das unidades, elos e laços no setor público, mas também é pensada como simples formas de comunicabilidades entre os setores, atravessamentos de informações, que em grande parte das vezes é estanque e que apresenta grandes rupturas e discontinuidades. Na fala dos vários entrevistados há a marca da dificuldade do trabalho coletivizado, as sugestões para uma capacitação a propiciar um trabalho uníssono e também a escassez de profissionais na composição quantitativa da rede. São também pontos que se destacam o encaminhar a outros setores, a falta de instrumentos, a disponibilidade e as falhas no atendimento infantil.

Dos questionamentos apresentados ficam as necessidades de se entender que a rede não é construída por organogramas, tampouco por mapas puramente protocolares, mas sustentada por construções mantidas no cotidiano do trabalho e dos encontros profissionais e do apoio mútuo. Aqui nos remetemos a Lancetti (2016), que nos convoca à invenção de experiências diversas nas áreas da assistência social, educação, saúde e segurança pública.

9.2 Entradas, acolhimentos e interlocuções

Quando perguntado sobre o papel da Atenção Primária em Saúde no território, assim como, sobre os acolhimentos e diálogos possíveis com as demais instâncias de cuidado, de imediato José relatou que *“Encaminhamos para os postos nos bairros, assim como verificamos possibilidades de medidas socioeducativas”*, porém foi apresentado que *“são raras as boas respostas, por isso não procuramos na maior parte das vezes”*. Hiara considera que a Atenção Primária em saúde é aquela que está para *“Atender as necessidades básicas*

de cada usuário nosso, onde encaminhamos para a ESF e o número de vagas é sempre muito pouco para as consultas, e por isso nem sempre conseguimos agendar”, destaca que “nos casos mais graves fazemos uma conexão mais direta, como os do Conselho Tutelar, Bolsa Família, e situações de agravamento da saúde e vulnerabilidades sociais”.

Para Fernando a Atenção Primária *“é o primeiro contato da saúde com o povo, é o lugar da saúde próximo à casa das pessoas que, com equipes capacitadas e funcionando bem, desafogam o hospital, a policlínica, a secretaria de saúde e diversos outros setores”, e afirma que “estamos capacitando enfermeiros para as variadas situações que surgem, afinal é papel do enfermeiro fazer acolhimentos de todos os pacientes da área de atuação”. Daniela afirma que a Atenção Primária “é essencial, pois é a verdadeira porta de entrada da saúde, mas os pacientes associam tudo à emergência do hospital” e continua “pelo que eu sei nunca houve uma conversa de verdade da ESF com o hospital”.*

Karina relata que *“Nunca tive contato com a atenção primária, e se há alguma é mínima a articulação, pois como eu já disse: não há diálogo”. Denise afirma que “o Programa Saúde na Escola deveria ter mais ações além de só cumprir metas”, e continua “seriam importantes reuniões mensais ou bimestrais, já que com a pandemia os problemas de saúde mental estão aumentando mais ainda”. Atenta para as variadas e múltiplas demandas, Beatriz percebe que o papel da Atenção Primária tem sido o de fazer “uma triagem, não um acolhimento, um encaminhamento formal se tem feito sim, mas nem todos os profissionais fazem um acolhimento” e queixa-se “não tem uma humanização, um olhar mais cuidadoso, já que a ESF tem uma gama extensa de demandas e acabam não tendo esse tempo e esse cuidado, há muito peso, em especial para os enfermeiros da ESF”.*

Ainda quando questionado sobre a articulação entre os setores e profissionais, Marcelo diz: *“Não percebo, há somente encaminhamentos. O paciente com transtorno mental, por exemplo, é sempre encaminhado para o CAPS, independente do quadro clínico que ele está apresentando”. Daiane destaca que “pensa-se muito em encaminhamentos, na medicação e na consulta com o psiquiatra, e só”. Maria relata que “o CAPS acaba centralizando mesmo frente à resistência de alguns profissionais da Estratégia da Saúde da Família. Até a vacinação de COVID chegaram a falar que o CAPS que deveria tomar conta e levar os pacientes para fazer”. Neide diz que “há muitos encaminhamentos para o serviço social, assim como há situações onde fazem críticas em relação ao nosso trabalho, principalmente daqueles que não entendem o que seria um trabalho em rede”. E lembra que “fazíamos as reuniões da rede presencialmente até 2019 e durante 2020 online, mas há a resistência da*

maioria alegando dificuldades de tempo. O que acontece é que cada um fica no seu quadrado e às vezes penso que isso tem a ver com trabalhar menos, dado os salários baixos”.

Nas entrevistas vem à tona nas falas que os encaminhamentos, recorrentemente em destaque, seriam espécies burocráticas de diálogos, que se esbarram nas falhas de interlocução, no repassar os casos, na restrição de vagas, o que seria indicativo de dificuldades na gestão e organização do cuidado. A Atenção Primária, como a porta de entrada da saúde, tem tido dificuldades de ser vista, tanto por profissionais, quanto pelos usuários dos sistemas de saúde, o que aparece na entrevista no “desafogar” as intensas demandas das especialidades e a rede de urgência e emergência, assim como revela o caráter não preventivo do cuidado da saúde.

Alguns profissionais entendem que triar é similar a acolher, como prática ampla do cuidado em saúde, daí a consequência dos intermináveis encaminhamentos que atravessam todas as entrevistas e que tanto surgem ao longo da pesquisa. Fica exposta a necessidade de articulação ampla entre a Atenção Primária, a Atenção Secundária e suas especialidades, assim como a tão demandada urgência e emergência no hospital geral da cidade, que ainda é definida, por vezes, pela população, como espaço único ou central de todos os tratamentos, principalmente naquilo que diz respeito às ações e respostas mais imediatas.

Há o clássico destaque para alguns saberes em detrimentos de outros, como no caso da psiquiatria, assim como há a ênfase em alguns setores no que diz respeito ao tratamento em saúde mental. O Centro de Atenção Psicossocial é visto como o lugar, quase que exclusivo, da demanda em detrimento da Rede de Atenção Psicossocial. Ao longo das falas os entrevistados enfatizam a complexidade de se pensar sobre o trabalho, na prioridade de algumas ações traduzidas na falta de tempo para o trabalho coletivo, assim como os entraves no que se diz ao baixo rendimento, tanto da qualidade do trabalho, quanto do reconhecimento profissional.

9.3 Diálogos intersetoriais

Ao ser perguntado aos entrevistados como eles têm percebido o trabalho da Secretaria de Educação e como estes têm enfrentado o desafio do isolamento social e também como percebem a dimensão do diálogo no território das escolas junto às estratégias de saúde coletiva e saúde mental, José afirmou não saber e que *“há adolescentes com transtornos e*

problemas vindos pelo Tribunal de Justiça e pelo Ministério Público, que acabam nos cobrando porque não acompanhamos ou fazemos algo”. Hiara apresentou que “Nem todos conseguem acompanhar e fazer as atividades oferecidas pela escola, pois não possuem condições de um acompanhamento particular”.

Fernando relatou que *“Dependemos das escolas funcionando para o Programa Saúde na Escola, o que ficou suspenso com a pandemia. Vejo que a articulação entre as chefias é ótima, entre as equipes há dificuldades sim e nem sempre há uma boa vontade de todos os funcionários”*. Surpresa com a pergunta, Daniela afirmou não saber, *“o que vi aqui foi um pai vir pedir um atestado, dizendo que a Secretaria de Educação é que pediu o atestado, devido ao filho não ter estudado. Achei o negócio estranho”*. Ainda sobre a complexidade da rede foi destacado pela entrevistada que *“Os profissionais só entendem o que eles fazem localmente, em seus setores, não sabem como a rede funciona mesmo, nem sabem o que existe no município. A população sabe menos ainda. Isso também é um problema”*.

Karina apresentou que *“O NAIE tem oferecido intervenção direta e temáticas com os profissionais, encontros semanais e de diálogo aberto, temos ‘lives’ com os profissionais e as psicólogas trabalham em conjunto no retorno das aulas, elaborando o processo”*, relataram também sobre a preocupação com os professores e afirmaram que para eles *“escutas foram abertas on-line”, “alguns professores estão querendo entender a depressão, o burnout”*; assim como organizaram *“encontros virtuais para profissionais da área da saúde falar das síndromes, para apresentar temas relevantes para professores, diretores e familiares”*. Já Denise sustentou que *“precisamos dos serviços de saúde mental para acolher os pais e responsáveis”*.

Neide relatou que *“Há um atravessamento transferencial. Houve um medo de ser contaminado quando estávamos sem vacinas. Nós profissionais da saúde estamos aqui trabalhando direto e sem parar. Vi uma acomodação da educação inicialmente, não havia um planejamento de retomada, mas há uma série de questões pessoas e profissionais em jogo, micro e macro”* e afirmou ainda, *“não vejo um diálogo entre as estratégias de saúde, somente me comunico com a psicóloga da educação, por e-mail, por telefone, também tenho contato com o CAPS, com o Conselho Tutelar e a Casa Lar”*, assim como solicitou que *“Precisamos de reuniões para fazer acontecer esses encontros e essas trocas. Temos muitos desencontros entre os profissionais”*.

Maria pontuou que *“Acho um problema não ter tido aulas on-line como em diversas escolas privadas”, “temos pouco contato com a educação infantil, sabemos que faltam recursos, mas eu soube que a Secretaria de Educação distribuiu uns kits, uns combos*

educacionais e pedagógicos” e complementou “temos um diálogo prejudicado, mas também acredito que há uma acomodação das pessoas”, “minha preocupação é também com a socialização das crianças nesse tempo todo”.

De todos os pontos abordados nas entrevistas, o que ficou mais distante, por parte da maioria dos profissionais, foi este em relação à educação, o que revelou que há melhor articulação entre os profissionais das Secretarias de Assistência Social e Secretaria de Saúde, do que de ambos com os profissionais da Secretaria de Educação, o que foi chamado de “desencontro”. Interessante notar que tivemos comparativos entre a educação pública e a educação privada, no que diz respeito a uma atenção particular neste momento da pandemia, assim como, um destaque para aquilo tido como transtornos, diagnósticos e síndromes e a necessidade destes serem atendidos pela rede de saúde. Ponto considerável e passível de intervenções têm sido as demandas e encaminhamentos referentes à educação medicalizada de crianças e jovens.

Outro ponto de igual destaque, e que retornam nas falas, são as restrições em perceber a rede com a amplitude possível e necessária: por parte das equipes, profissionais e também da própria população. Neste ponto notamos que os profissionais da Educação exerciam abordagens com professores, capacitações online, atividades, palestras, assim como criação de um combo inclusivo para os alunos que a maioria dos outros profissionais da rede não tinham informações ou não sabiam o que estavam acontecendo.

A pandemia aqui também serve como analisador das práticas individualizantes, da não implicação quanto aos coletivos e da precarização do laço social, dado o recuar frente a um trabalho possível, a ser inventado ou experimentado, por um amplo conjunto de profissionais.

9.4 Vulnerabilidades territoriais

Dando segmento às entrevistas, perguntamos aos profissionais como têm sido abordadas as situações de violência doméstica, vulnerabilidades sociais e o impacto do uso de substâncias psicoativas? Perguntamos também: quais os reflexos na assistência social e quais as possibilidades de apoio em rede têm surgido?

José apresentou que *“o trabalho acontece em conjunto com o Tribunal de Justiça, Saúde Mental e os dois CRAS. As demandas espontâneas aumentaram bastante com a pandemia, principalmente com os adolescentes: a questão da dependência química, tanto*

quanto os casos de transtornos”. Hyara afirmou que os “Casos de violência doméstica percebidos são encaminhados para o CREAS” e contou que “Uma proposta da Conferência Municipal de Assistência Social foi criar um centro de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, um local para abrigamento, acolhimento e capacitação, um espaço de suporte social. Quando percebemos casos de uso ou abuso de álcool e outras drogas encaminhamos direto para acompanhamento no CAPS, o que ainda é um estigma para algumas pessoas que associam o CAPS à loucura, às pessoas que apresentam ‘problemas mentais’. Às vezes encaminhamos, falamos que é para o Ambulatório de Saúde Mental, e assim as pessoas aceitam melhor”.

Fernando relata que *“Chegam poucos casos na coordenação da Estratégia de Saúde da Família, e quando chegam nos postos a equipe direciona para os locais certos. As outras unidades têm recebido de modo resolutivo, até onde tenho conhecimento”*. Daniela afirma que *“nos casos de violência doméstica fazemos o primeiro acolhimento, mas geralmente eles esquecem da assistente social e da psicóloga e quando nos passam, recebemos e encaminhamos para o CREAS. Vejo que as pessoas não querem denunciar”*. E continua: *“Nas situações de vulnerabilidades sociais, fazemos internações sociais de curto período. Os casos de uso de drogas, recebemos, fazemos desintoxicação e encaminhamos para o CAPS, que também vem para estar com os pacientes”*, e continua num tom quase confessional e também em tom de desabafo: *“Sabe? Estão tratando muito mal os pacientes do CAPS, não acompanham as questões clínicas como poderiam”*. Quanto à possibilidade de apoio em rede afirma que *“com o CREAS e o CAPS há uma boa relação, o problema é o retorno. Fazemos o encaminhamento e não temos o retorno e não sabemos mais daquele paciente; não temos relatórios e pareceres... Na verdade, sabemos que os pacientes não dão uma continuidade no tratamento de verdade, infelizmente não temos um CRM”*.

Karina nos afirma que os casos de vulnerabilidades *“Na pandemia não têm chegado. Antes da pandemia apareciam muitos casos: queixas das crianças, casos de suspeita de violência sexual, conflitos familiares. Fazíamos comunicação com CRAS e CREAS, pois havia verbalização de queixas. As vozes estão caladas nesse momento da pandemia. Tivemos queixas de professores e soubemos de casos de professores sobrecarregados com depressão e ansiedade, fazendo uso de medicação para ansiedade e depressão. Tivemos também o afastamento de uma funcionária do apoio devido à depressão, que está fazendo tratamento na Ilha, no CAPS”*. Denise afirma ao mesmo que se lamenta, *“Não chegam diretamente, chegam suspeitas de violência sexual infantil através de uma mãe assustada, chegam situações ambulatoriais e raramente os médicos entram nessas questões que são muito*

melindrosas. Encaminhamos para o CREAS as situações de violência doméstica, não temos aqui essas fichas de notificação. Pacientes com uso de substâncias psicoativas encaminhamos para o CAPS. É uma pena que não temos equipe de Consultório de Rua, um NASF funcionando ou espaços mais específicos para tratamento de dependência química. Adolescentes não tem aparecido aqui”.

Beatriz apresentou que *“vulnerabilidades financeiras com solicitações de laudos para benefícios assistenciais sempre aparecem muito, e com a pandemia aumentaram bastante”, “acho ruim que os pacientes não aderem ao tratamento”.* Neide sinalizou que *“há um aumento do número de casos de uso e abuso de álcool e outras drogas, temos demandas espontâneas e trabalhar nesses casos é muito bom, mas o pior é a justiça encaminhando para tratamento como forma de punição. Essas demandas jurídicas muito raramente possuem um viés terapêutico: temos casos de pessoas com tornozeleiras eletrônicas, que não estão nem aí, sem uma demanda clínica de verdade, e isso é muito chato para nós profissionais. Não temos feito um trabalho de prevenção”.*

Bernardo pontuou que *“o problema do uso de drogas tem crescido consideravelmente, e na verdade o que as famílias querem, por desespero, é internar o seu familiar para terem, às vezes, um pouco de descanso. Já chegam querendo que a gente possa dopar o paciente e pedem laudo para irem na justiça solicitar internação compulsória. Sabemos que não resolve de verdade, mas a pressão pra cima da gente é grande”.*

Quando abordamos a temática das vulnerabilidades aparecem referências diretas ao Tribunal de Justiça e Ministério Público, dadas as falhas nas abordagens ou então frente aos diversos questionamentos quanto ao entendimento do que seriam tratamentos e abordagens na atenção e assistência em saúde. Atenção aos casos de violência feminina e familiar são pontos que têm sido abordados com maiores regularidades nas redes e nos espaços da cidade, assim como as questões concernentes ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas são polêmicas dado a diversidade de olhares e opiniões. As chamadas “internações sociais”, são intervenções de acolhimento breves e se dão nos casos de vulnerabilidades e, fragilidades sociofamiliares, mesmo após a alta médica.

Há desconhecimento e forte resistência, por parte de familiares e gestores, que a dependência química pode e deve ser tratada nos vários pontos da Rede de Atenção Psicossocial, onde se originam as demandas fantasiosas e até mesmo manicomiais de internações em clínicas fechadas, com o título de “especializadas”, em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas que não trabalham em consonância com os preceitos da Política Nacional de Saúde Mental, defendida e sustentada há mais de 20 anos. Há também

dificuldades e resistências por parte de profissionais, o que tem sido ponto de difícil articulação dado às urgências das situações, que em grande parte das vezes, são determinadas por tutelas do poder judiciário.

Nas falas, e não coincidentemente, ficam demarcados as dificuldades de sustentar espaços de apoio e acolhimento da demanda de usuários de álcool e outras drogas, assim como da resistência de parte de vários, quanto ao que seria tratamento por parte de um saber não médico, o que é exposto na fala da profissional ao relatar não ter um “CRM”. Se destaca ainda as vulnerabilidades sócio financeiras, regularmente surgidas nos intensos pedidos de atestados e laudos profissionais frente às solicitações junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social, as imposições nada clínicas de tratamentos e as falhas da rede no que diz respeito a uma política preventiva quanto à problemática do uso nocivo de álcool, outras drogas e também da redução de danos.

9.5 Acessibilidade nas portas de entrada

Perguntamos aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial se as pessoas em sofrimento psíquico têm tido a possibilidade de um acolhimento amplo na rede de apoio do território. José relatou que *“Há um acolhimento sim, principalmente no CAPS. Sabemos que estão tomando remédio direitinho e fazendo as atividades lá. Ainda há a visão nas pessoas que a internação é a solução para tudo, e em algumas pessoas há rejeição quando encaminhamos e que afirmam que ‘eu não sou doido’. Sei que há dificuldade das pessoas em continuar o tratamento”*. Hiara afirmou que *“acolhemos, acompanhamos e também encaminhamos para o CAIMI, Policlínica ou para o CAPS a partir da demanda. A dificuldade ainda é o quantitativo de profissionais que sabemos que são poucos para dar suporte a toda demanda”*.

Fernando afirmou que *“Acredito que temos tido ótimas resoluções e que podem ser ampliadas frente ao crescimento da população e dos desafios que sempre surgem. O CAPS recebe bem os casos, mas a articulação pode melhorar entre os setores e todos devem saber o que é que temos a oferecer em todas as unidades de saúde”*. Daniela, profissional de uma das unidades de saúde da rede, sustenta que *“Não, não tem apoio nenhum, nem aqui dentro, os pacientes também não insistem, nem sustentam o tratamento. Vejo que não temos também um suporte da família junto ao tratamento, os pacientes também não colaboram. A*

internação aqui é fácil e há sempre o pedido para internar fora. O que vejo é a vontade de tirar um peso de cima da família, que não manda nem roupa para os familiares que recebemos”. E continua: “O que mais dá mais trabalho são os pacientes que vêm devido às drogas, mas também e o que dá trabalho são os outros profissionais. Temos que ter uma capacitação com os outros profissionais. Fiz três convocações para uma reunião com proposta de capacitação e ninguém respondeu, ninguém está interessado e ninguém apareceu nos dias e horários. Eles não se importam. A própria médica plantonista diz: ‘aqui não é local de doido, manda o pessoal do CAPS fazer uma enfermaria lá’. Já explicamos, você já explicou, mas não querem entender”, expõe incomodada.

Bernardo afirma que vê o “esforço conjunto de vários profissionais para o paciente sustentar um tratamento de verdade, mas o problema é que eles mesmos não dão seriedade, em grande parte das vezes. Sei que a crise econômica está grande, mas há muitos anos os pedidos de laudos e atestados nas consultas são grandes, e vem crescendo. Dia desses uma paciente pediu para colocar um CID melhor para ela poder passar na perícia e aposentar. Se eles não passam, nos culpam e criam o maior tumulto”.

Denise, afirmou que “Não estamos tendo profissionais, não conseguimos neurologistas, psiquiatras, psicólogos. Há às vezes prescrições de muitos medicamentos e não há outros profissionais para uma segunda avaliação, uma segunda opinião. Temos crianças para encaminhar para o neurologista, não temos neuropediatra, nem neuropsicólogos para fazer testes. Precisamos de neuropediatra no setor público, psiquiatra infantil, fonoaudiólogos, psicopedagogos na questão da aprendizagem, fisioterapeutas e nutricionistas também são importantes”. Karina também sustentou que “Seria importante termos uma melhor articulação com os postinhos, as ESF. Na ponta a própria população não entende o território e onde podem encontrar outros suportes. A melhor articulação intersetorial tem sido na Clínica Escola da FASAP, com o CAPS e APAE. Tem sido difícil na Policlínica, e no CAIMI temos filas e dificuldades de comunicação. Os outros serviços da rede, exceto o Conselho Tutelar e o CRAS, não vêm conversar com a gente”.

Neide ressalta que “Temos um trabalho muito segmentado, aqui os pacientes são acolhidos sim, atendidos e cuidados; vejo que também na Policlínica e no CAPS, recebem bem a clientela. A verdade é que, por vezes, me sinto isolada, pois funcionamos de uma forma muito fragmentada. Tenho que me esforçar para me comunicar com alguém da rede”. Beatriz sustenta que “Não há um acolhimento propriamente dito, somente nos serviços que possuem profissionais de saúde mental, o que não há em todos os setores, há uma fragmentação. Já Maria lamenta que: “Não há um cuidado, uma humanização nos

atendimentos da maioria dos profissionais, sempre encaminham para o CAPS, para o psiquiatra, assim como os pacientes já demandam consultas psiquiátricas, e por vezes, já até sabem quais remédios que eles querem tomar”.

Interessantes analisadores surgem nas falas e discursos ao se pensar no tratamento, especificamente pelo “uso de remédios” e na realização de “atividades de modo correto”, o posicionamento reflete a ideia de silenciamento e de docilização dos corpos e subjetividades. Outro ponto de destaque se dá ao se demarcar que os próprios usuários da rede se sentem ofendidos ao serem direcionados para o CAPS, dado um conjunto de estigmas relativos à saúde mental. Recorrentemente o “encaminhar” vem à tona no que diz respeito ao quantitativos de vagas, de disponibilidades, porém raramente aparece articulado a uma ideia qualitativa de resolução de casos, suporte, acolhimento e apoio.

As internações no Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental, do hospital geral, também sofrem dos mesmos estigmas por parte de familiares, e também de profissionais, não abertos ao diálogo e resistentes a um apoio matricial, a demarcar o “lugar de doido” e de uma institucionalidade errônea referenciada exclusivamente ao CAPS, e não no território. O reflexo de tais posições, nada acolhedoras, se mostra em grande parte das vezes nas lacunas em receber os pacientes, na falta de humanização, nas falhas e num olhar biopsicossocial, tão fundamentais na rede de atenção social.

Também há nas falas as pontuações dos diferentes profissionais frente às recorrentes e já citadas demandas de laudos psiquiátricos, seus extensos diagnósticos, a medicalização constante e até mesmo abusiva. Destaca-se o tratamento protocolar e burocratizado frente às dificuldades e demandas cíclicas e mecânicas de tratamentos a enfatizar apenas o biologicismo de questões sociais maiores.

Na ausência de um CAPS infantojuvenil, ou de ambulatórios de saúde mental direcionados para crianças e adolescentes, a APAE aparece nas falas dos entrevistados naturalizada, como “elo do serviço público”, o que denota falta de política pública específica e espaço para a emissão de laudos e encaminhamentos para a escola especializada da APAE, indo na contramão de uma educação inclusiva.

9.6 Entraves e barreiras na atenção psicossocial

Para finalizar as entrevistas perguntamos aos profissionais: o que poderiam apontar como entraves para uma efetiva intersetorialidade no cuidado integral e também quais seriam as barreiras de acesso a este cuidado?

Tivemos como respostas: *“Mostrar para a população e para os profissionais o que todos os setores e unidades têm a oferecer, assim como fazer com que as pessoas entendam o que é um trabalho conjunto, e a importância da prevenção em saúde”*. Daiane sinalizou que *“Tem gente que só precisa de atenção, uma conversa já resolve muito os problemas das pessoas, que estão carentes e sobrecarregadas”* e complementa *“as pessoas apostam muito na medicação, só pensam no medicamento, tínhamos que criar palestras nas escolas, nas comunidades. Temos que passar histórias para a população, histórias de superação, as pessoas estão desmotivadas, acredito na fé, muito em Deus”*. Marcelo nos relatou que deve ser feita *“uma junção da atenção básica, saúde mental, educação e assistência para mostrar a importância do trabalho em conjunto com o diálogo e palestras para profissionais e para a população”*.

Hiara disse que: *“percebo melhor dentro da nossa própria secretaria, mas defendo que haja uma melhor articulação, principalmente com a Secretaria de Saúde para atendermos melhor as famílias. São 1389 famílias, cerca de 4000 pessoas e um pouco mais de 500 são cadastradas pelo PAIF. Atendemos de 500 a 540 famílias só em nossa área e as principais demandas nesses casos são: cestas básicas, colchões e cobertores. Somos dois CRAS que atendem por territórios”*. E continua: *“Com o final da pandemia voltaremos com o serviço de convivência e fortalecimentos de redes, com a parte profissional e cursos para a faixa etária dos jovens, para preencher o tempo e auxiliar na prevenção quanto ao uso de drogas e oferecer alguma forma de renda para eles. Com a pandemia, os serviços de fortalecimento de rede ficaram suspensos”*. Durante a própria entrevista surgiu a possibilidade de implementarmos em conjunto, um Centro de Convivência, pelas Secretarias de Assistência e Saúde. *“Ainda é muito difícil explicar para a população qual é a função dos diversos serviços, são muitas nomenclaturas e siglas diferentes; outra dificuldade é a falta de informações para os profissionais, as pessoas não possuem informações do que está acontecendo na rede. Perguntamos para os usuários sobre os percursos deles na rede, são eles que nos contam, acho que a tecnologia poderia nos ajudar nisso”*.

Fernando contou que *“as mudanças são difíceis frente aos entraves burocráticos que o próprio sistema público sustenta. Penso que a capacitação é muito importante, pois há muitas dificuldades com a mão de obra, alguns profissionais aproveitaram a pandemia para não trabalhar”*. Para Daniela o problema é a *“Falta de conhecimento e os profissionais não buscarem conhecer as leis e o trabalho da rede. Tem que ter uma capacitação, como eu já disse, falta diálogo com a grande parte das instituições. Uma das dificuldades é a adesão dos pacientes e a dificuldade em ir ao CAPS, por preconceito. O mais difícil são as pessoas*

que não conhecem a rede e as características dos serviços e querem determinar ou questionar a conduta dos profissionais”.

“Em grande parte das vezes não vejo que os profissionais querem trabalhar em conjunto. A lógica do encaminhamento, de profissional para profissional, de serviço para serviço, é grande”, afirma Bernardo, e complementou, “há ainda aquelas situações onde as pessoas não entendem que a causa dos problemas são várias: problema físico, psicológico, familiar e econômico, mas eles acham que um remédio, e às vezes um exame, vai resolver tudo. Isso tanto os pacientes como alguns profissionais. Se você abrir mais cem vagas para consultas, as cem vagas vão ficar preenchidas. Sabe o que eu penso? Nós somos operários, no meio disso tudo”.

Ainda em relação aos entraves para uma efetiva e tão sonhada intersectorialidade Karina conta que *“A falta de profissionais é um entrave. Sustentar as reuniões é um outro problema. Deveria ter uma reunião e uma apresentação para conhecermos a rede toda e também para sermos conhecidos, mas há a recusa de alguns profissionais dependendo do caso e da situação. Falta disposição, parceria”.* Denise relata que *“Fazemos um trabalho isolado na maior parte das vezes no que diz respeito aos trabalhos das diversas Secretarias, como por exemplo, o Saúde na Escola, eu mesmo não sei e minha maior aflição é não ter uma resposta e um direcionamento. Vou encaminhar sabendo que não vão atender, penso que se fosse o meu filho, isso me incomodaria muito”.* E complementa: *“A escola não vai suprir o que a terapia vai fazer. Há a proposta de um centro de apoio multidisciplinar, dado faltar profissionais na saúde. A ideia é fazermos uma parceria”.*

Neide relata que o problema é *“Multifatorial, há muita coisa: há os limites da formação, a fragilidade dos vínculos profissionais, existe a disposição das pessoas, temos colegas muito cansados de todas as lutas, passando por salários e dificuldades de recursos. Há muito cansaço e quando muda a gestão sempre pensamos que vai melhorar. Eu já tive de trazer papel higiênico e água de casa, eu já tive de fazer faxina na minha sala para poder trabalhar. Temos um médico aqui que conhece os pacientes pelo nome, que conhecem os pais dos pacientes, mas temos médicos que fazem o mínimo, não cumprem carga horária, não assumem a demanda, sejam contratados ou concursados. Quando trocam a gestão há uma esperança. Não sei se são barreiras ou desafios, mas o nome é gestão! Precisamos de mais profissionais”.*

Beatriz relata também que *“Falta capacitação, falta informação, ampliar o matriciamento, assim como investir em recursos e remuneração”* e relata constrangida *“tenho a impressão que se finge que paga e finge que se trabalha”,* e continua *“a*

rotatividade é um problema dos profissionais contratados, assim como temos profissionais efetivos que acabam pedindo licenças sem vencimento e até exoneração”. Maria pontua que “Muitas situações de contratos são problemas, assim como atualizações e cursos de capacitação e formação continuada são fundamentais, cursos com todas as equipes. Creio que o online não funciona, pois no ano de 2020 inteiro fizemos reuniões e foi muito difícil, as pessoas não participavam. A visão é ‘curar’, querem o paciente quieto, não se investe em prevenção, somente se fala em medicamentos: vários profissionais e principalmente os pacientes”.

As barreiras são citadas, assim como em grande parte das vezes, as soluções, mas nunca de modo individualizado. Dentre as múltiplas respostas, apresentar as informações da rede, para os profissionais dos diversos setores e para a população se faz fundamental, pois como citado, a própria população é quem faz a rede e orienta, faz o trânsito e a partilha de saberes intersetoriais: aspecto importante este e que convida a outras pesquisas e provocações. Aqui também cabe destacar que a ideia de prevenção, trabalho em conjunto, palestras e diálogos e apostas na interlocução dos agentes públicos, reforçam ainda mais a necessidade da educação permanente em saúde como vias de soluções articuladas à gestão. Apostar em recursos humanos, na valorização profissional, na inventividade e nos ineditismos surgidos pela via dessa interlocução, são respostas que surgem nas falas dos profissionais a ainda acreditar numa continuidade ética da própria prática.

Quanto às falhas na atenção infanto-juvenil, dada a falta de profissionais de saúde, ficamos a pensar se a ideia de um centro de apoio multidisciplinar, viria a ocupar um lugar de clínica especializada, a tratar os chamados distúrbios de aprendizagem. Aqui há o perigo de se fechar em sintomatologias, diagnósticos e tratamentos e deixar a educação e o propósito da inclusão, sem seu próprio lugar. Outras formas de atenção são possíveis para além de uma clínica especializada, como uma equipe do NASF estruturada em diálogo com as escolas para construção de práticas não-medicalizantes, ou mesmo o departamento de saúde mental em postura ativa de promoção da saúde e fomentação de fóruns coletivos, onde tais temáticas deixem de ser camufladas e direcionadas para a solução simplista de que especialistas podem “resolver” problemáticas de uma escola que continua a existir nos moldes de séculos passados. Urge que nos façamos mais presentes na produção de vida.

Para além de "preencher o tempo", apostar em profissionalização, em políticas de geração de renda, economia solidária, lazer e produção cultural mostra-se fundamental nessa teia de saberes a construir um tecido social mais forte, a partir dessa almejada lógica interdisciplinar e cidadã que apresentamos ao longo dessa breve pesquisa.

As inventividades contemporâneas, o apoio da tecnologia, tão disseminada nesses tempos de isolamento e restrição social, mostram possibilidades de encontros que atravessam tempos e espaços, que não excluem a proximidade afetiva e a força do fazer junto e com os outros.

A expressão "nós somos operários no meio disso tudo" serve como analisador e guia a resistir à lógica mecanicista e neoliberal de mercantilização, da quantificação e dos esquadrinhamentos de subjetividades. Essa estranha serialização que demanda a produção de números, diagnósticos, códigos e a medicalização da vida já não surte os efeitos adequados ao se apostar no elemento humano, na construção viva de uma nova sociedade e subjetividades cidadãs e comprometidas com o social.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante lembrar que a cartografia, propriamente dita, é um elaborado conjunto de estudos e parâmetros científicos assim como técnicas, também artísticas, a orientar a elaboração de cartas geográficas, na descrição e construção de mapas. Essas representações geométricas, estes traçados, são válidos sempre para específicas aplicações, com suas diversas apreensões espaciais, assim como em suas demarcações no instante temporal, ou seja, os mapas são sempre e também múltiplos.

Oliveira (1988, p. 31) destaca que “a palavra mapa provavelmente originou-se da palavra cartaginesa *mappa* que significa toalha de mesa. Os comerciantes da época desenhavam rotas e caminhos nas toalhas enquanto conversavam”. A expressão “mapa”, hoje possui vários e abertos sentidos, para além de serem usados exclusivamente nas representações da geografia, são empregadas também em outras tantas disciplinas e áreas de conhecimento enquanto: sínteses, formas, organogramas, planilhas, listas, gráficos, catálogos, esboços de desenhos, esquemas de planos e análises de conjunturas.

Joly (1990, p. 7) nos lembra de algo simples e que por vezes é esquecido, pois “um mapa é uma representação geométrica plana, simplificada e convencional, do todo ou de parte da superfície terrestre, numa relação de similitude conveniente denominada escala”. Sendo assim, a elaboração do mapa, dessa apreensão da realidade, tal qual o vasto campo da saúde mental, é um processo complexo. Planificar uma superfície esférica em um plano, através de técnicas de projeção, força obrigatoriamente a distorções neste espaço a ser representado, não temos uma representação fiel. Essas cartografias, enquanto ciências e artes, esses mapas enquanto arranjos, frutos de conversações, são responsáveis pela produção de documentos a representar espaços e tempos, para uma melhor compreensão e, possível intervenção no mundo.

Durante o período das grandes navegações, quando os europeus elaboravam seus mapas para encontrar outros caminhos marítimos, novos territórios, as práticas cartográficas foram se aperfeiçoando. A composição da cartografia como uma ciência moderna, proporcionou novos olhares, encontrou e contribuiu para amplas revoluções científicas.

No processo de elaboração desta pesquisa, no traçar rotas, no fazer planos, no pensar nas longitudes e latitudes dos desafios, mesmo com o mau tempo, redefinimos coordenadas, e continuamos a seguir nosso percurso. Navegar é preciso e não foi um processo solitário,

mesmo com as possibilidades de naufrágio, remamos na fluidez do movimento, não paramos em portos seguros, mas buscamos outros territórios e realizamos fundamentais encontros.

Trabalhamos os aspectos concernentes a tão difícil transdisciplinaridade nas perspectivas e nas relações do cuidado em saúde mental, sustentamos os atravessamentos e os processos de inventividade na educação permanente em saúde, avistamos e acolhemos as narrativas dos cotidianos, com via a produzir um trabalho comum, recebemos e oferecemos apoio, assim como nos defrontamos com espaços rígidos de tensão, estes fundamentais em criar outras e necessárias rotas em rede e no território.

Esta escrita cartográfica foi interrompida por diversas vezes: em nosso mau tempo, de janeiro a fevereiro de 2020 fomos surpreendidos por três cheias do nosso Rio Pomba, seguido pelo atravessamento da pandemia da COVID-19, que ainda resiste. Tivemos a perda de pessoas conhecidas, de colegas e de uma intensa e grande amiga no percurso acadêmico. Agora, em janeiro de 2022, nesse processo de conclusão do texto, mas de continuidade incessante do trabalho, passamos por um novo e maior transbordamento do rio, onde se localiza nossa pequena ilha. Intempéries e vivências estas que nos servem de analisadores a revelar nossas práticas, condutas, falhas e forças, assim como propiciaram a criação de contundentes e necessárias soluções. A cheia do rio também trouxe à tona laços de solidariedade e colaboração técnica e afetiva em bons encontros.

Em nosso percurso participamos e organizamos eventos regionais, nacionais e internacionais, produzimos artigos e capítulos de livros. Veio o convite para espaços de formação continuada, assim como abre-se a possibilidade de estágios junto a cursos de graduação e técnicos não somente no centro de atenção, mas na rede psicossocial. Provocamos discussões mais amplas de rede de assistência, educação e saúde, junto a usuários, profissionais e gestores que ainda devem melhor ser elaboradas. Mesmo com uma insistência dos paradigmas manicomial e das lógicas de exclusão, que não apostam na cidadania, resistimos para criar laços humanos. Se abrir para a cidade também é a direção.

A busca ativa, também de profissionais, frente a oferta e a criação de espaços comuns de fala, onde as tensões do campo pudessem surgir e ser dialogadas, foi uma proposta e estratégia pensada a partir de analisadores, conforme ensinado por Lourau (1993). Tais movimentos revelaram elementos escondidos e também aqueles que já estavam à tona, porém silenciados. Frente a uma racionalidade estanque e hegemônica, apontamos uma democratização organizacional possível através de coletivos, tendo como objetivos a oferta de movimentos e ações, com a participação de sujeitos no construir processos de trabalho e de saúde.

A metodologia de análise de dados apresentados foi realizada a partir das narrativas e discursos encontrados nas entrevistas, que inicialmente começaram acanhadas e tímidas, mas que romperam e se apresentaram em falas fluidas. A hipótese que sustentou a pesquisa é de que o cuidar compartilhado, a intersetorialidade e a transdisciplinaridade, como possibilidades de atuação proporcionam um fazer mais efetivo e integral no campo da atenção psicossocial como um todo, tal como defendida pelos processos de humanização do Sistema Único em Saúde.

A crise sanitária vinda com a pandemia convidou ao exercício rápido de inventividade e protagonismo de todos nós. Pensar e trabalhar com a educação permanente mostrou-se fundamental e dinamizador da ampliação dialógica e de interlocução dos diversos saberes e práticas. Adentrar ao espaço do outro, sentir seu entorno, experimentar mais de perto seu cotidiano proporcionou a quebra de olhares e movimentos estanques, assim como fez surgir movimentos outros do conhecer e do fazer clínico, conforme nos ensinou Lancetti (2016) e Amarante (2018) em processos formativos além da RAPS e de encontro com a cultura e a arte. Mesmo com intervenções unilaterais do modelo biomédico sintomático, com seus diagnósticos padrões, prescrições protocolares e prognósticos preestabelecidos, o trabalho produz as rupturas necessárias àquilo que não se dava a conhecer, fazendo ruir uma cadeia de repetições que se abre às diferenças.

No trabalho de cartografar o território, na pesquisa cotidiana já apresentada: o acolhimento, o atendimento humanizado, a formação em serviço, o trabalho comum, as reuniões online e presenciais de grupo, os encontros familiares, o adentrar a prática do outro, o deixar-se conhecer, operam como linhas de fuga para a criação de um plano de invenção da clínica que vai além das ordens de controle. O objetivo está em subverter, numa anticlínica a “pôr as pessoas de pé”, a convocar a invenção de experiências diversas, em ações potencializadoras a produzir sujeitos mais fortes, participativos e protagonistas de suas existências.

Como já apresentamos, pensar numa rede pública de atenção em saúde mental é pensar num circuito de atenção integral, uma corresponsabilidade, que garanta acessibilidade, universalidade e equidade, respondendo às diferentes necessidades, estas, que não são as mesmas para todos. A pretensão deste trabalho foi discutir sobre os caminhos colaborativos na construção de um processo formativo na RAPS de Santo Antônio de Pádua, e também no ocupar e viver na cidade. A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial nos convidam a pensar a loucura, o sofrimento subjetivo e o viver como algo que transcende a psicopatologia,

a psiquiatria, a psicologia, a clínica semiaberta, o centro ou a rede fechada em si mesma, mas como algo que vai ao encontro da própria experiência e construção humana que não cessam.

Sustentamos a necessidade desses espaços abertos onde o protagonismo cidadão seja elemento central ao se pensar a reforma psiquiátrica enquanto o processo social complexo que ela de fato é. Um trabalho onde haja um entrelaçamento entre clínica e política a provocar a invenção ética do cotidiano, a abarcar o sofrimento dos sujeitos, em seus territórios vivos. Colocar o adoecimento mental entre parênteses, se dá num movimento de reflexão fazendo emergir um olhar maior para o sofrimento humano em suas mais variadas vertentes e projetos de vida. Fazer uma ruptura epistemológica faz parte desse processo da reforma, para além dos olhares normativos, apassivadores e docilizante de corpos e suas subjetividades, dando ênfase aos laços sociais, econômicos e culturais e sustentar a força e a promoção de uma verdadeira cidadania.

Importante salientar que deslocar o cuidado de instituições fechadas para os serviços de base territorial não se faz como garantia e ruptura com as formas tutelares e de controle e poder. As armadilhas de disciplinar as alteridades são sutis e muitas, e a insistência micropolítica da dialética hegemônica vem a imperar, no conformismo e na repetição das ações e gestos.

Fazer acontecer a articulação permanente do cuidado com o cotidiano é a tarefa maior da atenção psicossocial, que deve agir em ato, e que por isso convoca a estar permanentemente aberta no território e atenta às complexidades dos laços sociais. Nesse movimento de traçar linhas de fuga, buscamos construir territórios existenciais nômades e abertos a estabelecer laços com outros mundos e outros modos de viver.

A formação que propomos não é algo que apenas concerne à boa articulação pedagógica, a uma transmissão de um ensino fechado, ela exige um processo inventivo e afetivo, de construções de novas ferramentas, de articulação de vários e novos saberes necessários ao campo da atenção psicossocial para sua sustentação efetiva no território.

Nossa cartografia é uma arte de produzir mapas desejanter apostando na abertura de experiências, em agenciamentos, para além dos espaços clássicos de receber e acolher o sofrimento humano, interrogando-o naquilo que se apresenta de silencioso, invisível, não agenciado. Essa cartografia como processo, mapa e traçado desse plano de experiências, acompanha os efeitos e forças sobre o cotidiano, produz rupturas e faz surgir olhares outros também neste pesquisador, assim como traz grandes lembranças e motivações. Enquanto profissional da rede pública do município exerci inicialmente por oito anos o lugar de psicólogo do CAPS, do Ambulatório de Saúde Mental e do Serviço Residencial Terapêutico. Há 20 anos conheci “A Ilha”, enquanto estagiário. Nesses outros oito últimos anos, estou

na direção geral do Departamento de Saúde Mental e o desejo de outra coisa, de uma diferença, se faz maior.

Estando hoje na direção geral deste departamento de Saúde Mental, deixo como registro meu desejo em expandir a cobertura da nossa Rede de Atenção Psicossocial, tanto quanto desejo envolver usuários, familiares, os diversos profissionais da rede, gestores e os maiores outros espaços da cidade. Esta pesquisa, e que de algum modo se inscreve em nosso cotidiano é um movimento de alcançar e de se fazer intervir.

Mesmo com todas as barreiras, na dureza desses muros, procuramos suas brechas e trabalhamos em suas rupturas. Pelos fluxos dos rios e caminhos do território atravessamos ilhas, trabalhamos em arquipélagos, símbolos de redes solidárias de cuidado e de sistemas de convivência. Acredito que dos *leitos* fechados dos hospitais, aos *leitos* abertos do rio, do burocrático e incessante *encaminhar* dos outros, ao *caminhar* junto com esses outros, da insistência das *ilhas* isoladas e das *armadilhas* fechadas, conseguimos sim fazer algumas *partilhas* e pontes no território. Nesse percurso, construímos saberes e elementos de uma *formação*, que já nos propiciam uma pequena e significativa *transformação*.

Continuamos.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Ana L., FERNANDES, Francisco L., SOUZA, Ândrea C. Ética colaborativa e de solidariedade, narrativas na formação em saúde. **Diversitates** v. 12, p. 49-65, 2019.

ALMEIDA, Allan de Aguiar. **Éticas, Discursos e a Clínica da Saúde Mental**. Monografia apresentada ao Instituto de Psiquiatria-IPUB/UFRJ, como requisito final do Curso de Especialização em Saúde Mental, do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM). Rio de Janeiro. 2012.

AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Orgs.). **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 34-41, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68425>. Acesso em: 15 jan. 2022.

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 1994, v. 1, n. 1 [Acessado 20 Março 2022], pp. 61-77. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>>. Epub 24 Jul 2006. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>.

AZEVEDO, Adriana Barin. **O trabalho comum através do aprendizado dos afetos na Rede de Atenção Psicossocial**. Rev. Polis e Psique, 2015; 5(3): 80 - 93

BARROS, Maria E. B.; CRUZ, Cristiane B.; ZAHN, Jomar. Saúde e trabalho na educação: lutas a partir do Fórum Cosate. **Mnemosine** Vol.16, nº1, p. 134-145, 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 544, de 16 de junho de 2020**. Brasília, DF, 2020C. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-544-de-16-de-junho-de-2020-261924872>>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 343, de 17 de março de 2020**. Brasília, DF, 2020B. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-544-de-16-de-junho-de-2020-261924872>>. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> (acessado em 19/Mar/2020). 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Brasília, DF, 26 set. 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm>. Acesso em: 22 set. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, DF, 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Acesso em: 31 jul. 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001**. Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 10 out. 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 02 dez. 2021.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. A Diversidade do campo Psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação. In **Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano: Cadernos do IPUB**, 1999. vol. XIV p. 135 – 144.

CAMPOS, G. W. D. S., FIGUEIREDO, M. D., PEREIRA JÚNIOR, N., & CASTRO, C. P. D. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2014. p. 18, 983-995.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, & AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. p. 849-859.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, & DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007. 23(2), 399-407.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2009, v. 14, n. 1 [Acessado 14 Novembro 2021], pp. 95-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100015>>.

COSTA, Jurandir Freire, **As Éticas da Psiquiatria** em: Figueiredo, Ana Cristina; Silva Filho, João Ferreira (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas** - 2017. DF: CFP, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CRUZ, L. R.; FREITAS, M. de; AMORETTI, F. Q.. Breve história e alguns desafios da psicologia social comunitária. In SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T. (orgs.) **Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017.

DESVIAT, Manuel. **Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva**. São Paulo: Zagodoni. 2018.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade na formação de Professores. **Ideação Revista do Centro de Educação e Letras**. Unioeste, Campus Foz do Iguaçu, v. 10 - nº 1 - p. 93-103. 2008.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; SILVA FILHO, João Ferreira. **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks. 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2020.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**. Editora Martins Fontes. São Paulo, SP. 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2000.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. **Ideação Revista do Centro de Educação e Letras**. Unioeste, Campus Foz do Iguaçu, 2008. v. 10 - nº 1 - p. 93-103.

GALLO, Silvio. Transversalidade e educação: pensando uma educação não-disciplinar. In: Alves NE, Garcia RL (Orgs). **O sentido da escola**. Rio de Janeiro: DPA. 1999. p.17-41.

GARCIA, Célio. Saber e ciência: psicanálise, saúde pública e saúde mental. In: **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 21. 2002.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, Félix & ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. Tradução de Suely Rolnik. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

GUATTARI, Félix. **Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional**. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

GULJOR, Ana Paula Freitas; CRUZ, Leandra Brasil e AMARANTE, Paulo. Covid-19: perspectivas para a formação de recursos humanos em Saúde Mental. In: Amarante, Paulo; Amorim, Annibal; Guljor, Ana Paula; Silva, José PAULO Vicente da & Machado, KATIA. (Orgs). **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. 19-21.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/santo-antonio-de-padua/panorama>. Acessado em 28 de novembro de 2021

INFES/UFF. **Saúde Mental, Educação Permanente em Saúde e Atenção Básica: Conexões Insurgentes em Pandemia**. I Encontro Internacional do Programa de Pós-Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior. Comentários de Silva Jr., Aluísio Gomes; Delgado, Pedro Gabriel Godinho; Campos, Gastão Wagner de Sousa. Universidade Federal Fluminense. 2020. Publicado pelo Canal de Youtube Programa de Pós-Graduação em Ensino - PPGEn. Disponível em <https://youtu.be/TvE6pIizsUA> Acesso em 02 de dezembro de 2020.

JOLY, Fernand. **A cartografia**. Trad. Tânia Pelegrini. Campinas: Papirus, 1990.

LEMKE A.R, SILVA N.A. **A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território**. Estudos Pesq Psicol UERJ. 2010;10(1):281-95.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2016.

LENINE, QUEIROGA, Lula. **A ponte**. O dia em que faremos contato: BMG, 1997. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=DoXQ_iBTZoM&ab_channel=Lenine-Topic. Acesso em 15 jan. 2022.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S.F; MINAYO, M.C.S. (Orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

MORI, Maria Elizabeth e de Oliveira, Olga Vania MATOSO. **Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF)**, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, suppl 1 [Acessado 19 Dezembro 2021], pp. 1063-1075. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0316>>. Epub 16 Maio 2014.

OLIVEIRA, Cêurio de. **Curso de cartografia moderna**. Rio de Janeiro: IBGE, 1988.

RAUTER, Cristina. Clínica Transdisciplinar: afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. **Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência**. Rio de Janeiro, 2015. vol. 8, n. 1, p.45-56.

RODRIGUES, Maria Goretti Andrade. Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência; In **Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano: Cadernos do IPUB**, 1999. vol. XIV p. 223 – 230.

RODRIGUES, Maria G. A., ALMEIDA, Allan A., FERREIRA, Tânia F., GOLDENZWEIG, Roman E. & AMARANTE, Paulo C. D. Saúde Mental, Articulações Intersetoriais e o Apoio da Universidade em Tempos de COVID-19. **Diversitates**, v. 12, p. 02-13, 2020.

RODRIGUES, Maria Goretti Andrade. A força das articulações dos Centros de Atenção Psicossocial no território em tempos de Covid-19, mapeada na ação de extensão universitária. In: Amarante, Paulo; Amorim, Annibal; Guljor, Ana Paula; Silva, José PAULO Vicente da & Machado, KATIA. (Orgs). **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. 45-47.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo**, Editora Sulina, Porto Alegre, 2016.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil**. Rev. Epos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2022.

SANTOS, B. de S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Almedina, 2020. Available from <https://www.cpalsocial.org/documentos/927.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SES-RJ. **Manual de orientação para os municípios sobre o Cofinanciamento - Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio De Janeiro – COFI-RAPS**. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Saúde, 2019.

SILVA, Martinho Braga Batista. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005. 15(1):127-150.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIRDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro. Med Book, 2014.

PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, Virgínia.; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade/orgs**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p.207.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. Editorial. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, 2013. v. 25, n. 2, p. 217-219.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Ética e Assistência em Psiquiatria. Em Figueiredo, Ana Cristina; Silva Filho, João Ferreira (Org.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2001.

TEDESCO, Silvia Helena, SADE, Christian e CALIMAN, Luciana Vieira. **A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. Fractal: Revista de Psicologia [online]**. 2013, v. 25, n. 2 [Acessado 27 Setembro 2021], pp. 299-322. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>>. Epub 11 Set 2013. ISSN 1984-0292. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>.

VENTURINI, Ernesto. **Em memória de uma mulher Maya**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 4, n. 10, p. 43-61, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68747>. Acesso em: 15 nov. 2021.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. **Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território**. Rev. Polis Psique, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 mar. 2022. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>.

12 ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações aos participantes

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “A SAÚDE MENTAL NAS CARTOGRAFIAS DA CONVIVÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA - RJ”. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda por que o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

O projeto consiste em discutir sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção de metodologias de Ensino na REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL do Município de Santo Antônio de Pádua. A necessidade de um efetivo matriciamento em saúde mental envolvendo o Centro de Atenção Psicossocial e os demais setores da Rede de Atenção Psicossocial, como departamentos e setores das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social se mostra necessário frente as barreiras de acesso e continuidade do cuidado compartilhado em saúde.

Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo/pesquisa. Se decidir participar deste projeto você deverá assinar este TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e enviar por e-mail e receberá uma via assinada pelo pesquisador, a qual você deverá guardar. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento, sem qualquer justificativa. Isso não o afetará em nada sua participação em demais atividades e não causará nenhum prejuízo.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa porque atua como profissional de modo direto ou indireto das REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL e foi selecionado por um dos Secretários Municipais. Realizaremos entrevistas semiestruturadas de modo individualizado a fim de ampliar o espaço de discussão. A participação de todos os envolvidos é voluntária e conta com esta autorização prévia. Os encontros acontecerão, devido a pandemia da COVID-19, on-line, via Google Meet, em entrevistas semiestruturadas de modo individualizado, com as questões disparadoras em encontros a serem agendados conforme a disponibilidade do participante, duração de aproximadamente uma hora.

A sua participação contribuirá para o enriquecimento das conversas sobre o atendimento humanizado e ajudará a construir um cenário mais amplo na pesquisa. Para participar, você precisará apenas expressar seu desejo. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou ressarcimento ao participar da pesquisa.

De acordo com as Resolução 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde, todas as pesquisas envolvem riscos, ainda que mínimos. Caso haja ocorrência de eventual desconforto no decorrer das atividades da pesquisa, você poderá dialogar com o responsável pela pesquisa sobre suas demandas subjetivas.

A pesquisa só será realizada com o consentimento dos envolvidos, mas caso você se sinta desconfortável, poderá retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa ou mesmo se retirar dela quando desejar, sem qualquer prejuízo ou justificativa. Ao término da pesquisa, será apresentado a você os resultados obtidos.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e-mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E-mail: etica.ret@id.uff.br Tel/fax: (21) 26299189.

Contato para informações adicionais

Dados do pesquisador responsável: Allan de Aguiar Almeida – e-mail: allandeaguiar@gmail.com, telefone: 22 981112820.

Dados da Instituição Proponente: Universidade Federal Fluminense – Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior - Av. João Jasbick, s/nº, Bairro Aeroporto - Santo Antônio de Pádua – RJ - (22)3851-0994, 3851-0558 e 3853-2177.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado responsável pelo acompanhamento das ações deste projeto em relação a sua participação, a fim de proteger os direitos dos participantes desta pesquisa e prevenir eventuais riscos.

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação nesta pesquisa. Obrigado por ler estas informações. Se deseja participar deste estudo, assine este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e devolva-o ao pesquisador. Você deve guardar uma via deste documento para sua própria garantia.

1 – Confirmando que li e entendi as informações sobre o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.

2 – Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados.

3 – Concordo em participar da pesquisa acima.

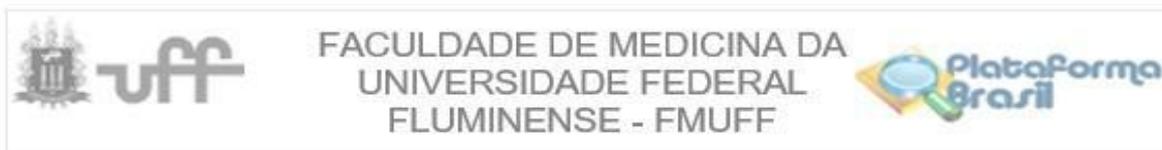
Nome do participante:

Assinatura do participante:

Data: ____ / ____ / ____

OBS: Duas vias devem ser feitas, uma para o usuário e outra para o pesquisador.

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SAÚDE MENTAL NAS CARTOGRAFIAS DA CONVIVÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA - RJ

Pesquisador: ALLAN A ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47034921.1.0000.5243

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.047.745

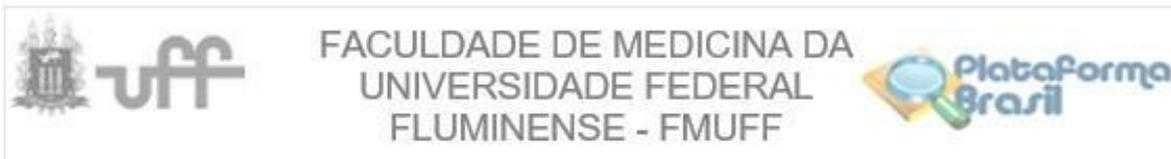
Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador: "Desenho: A pretensão deste trabalho é discutir sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção de metodologias de uma Pesquisa em Ensino na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua. A necessidade de um efetivo matriciamento em saúde mental envolvendo o Centro de Atenção Psicossocial, assim como outros setores da Secretaria Municipal de Saúde, Assistência Social, Educação, se mostra urgente e atual. Pesquisar e mapear as minúcias da rede mostra-se fundamental para traçar os objetivos, assim como delinear discussões e trocas de saberes frente os nós e barreiras no que tange a sustentação de uma saúde plural e coletiva."

"Hipótese: A hipótese que sustenta a pesquisa é de que o cuidado compartilhado, a intersetorialidade e a transdisciplinaridade, como possibilidades de atuação numa clínica ampliada podem proporcionar um fazer mais efetivo e integral no campo da saúde mental e na saúde coletiva como um todo, tal como apregoada pelos processos de humanização do Sistema Único de Saúde."

"Metodologia Proposta: O esboço inicial deste projeto convida a realização de um estudo no qual se pretende trabalhar com uma pesquisa intervenção, com participação intencional do pesquisador e dos profissionais que serão ao mesmo tempo objetos e sujeitos desta pesquisa, conforme a perspectiva cartográfica. O pesquisador aqui está em processo constante de investigação, é figura dinâmica, viva, que poderá causar e sofrer, fazer movimentos durante sua investigação. Assim a

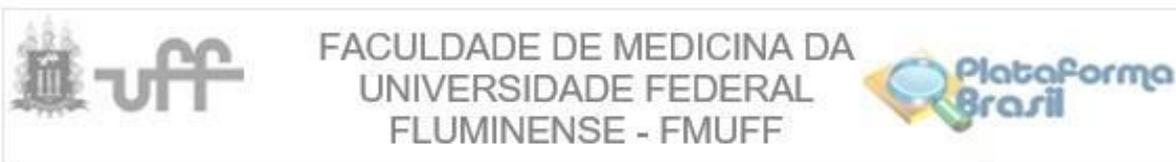
Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.047.745

cartografia se apresenta como a metodologia de trabalho, já que o pesquisador é figura atuante no processo de investigação, causando e sofrendo impactos em sua análise, dado que, por DELEUZE (1988), não há um princípio de identidade entre o sujeito e o objeto, nem no sujeito nem no objeto. O campo de trabalho e de investigação é necessariamente intersetorial e transdisciplinar ao abarcar profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, no Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Em nossa proposta optamos por uma pesquisa que se avançará no processo de revisão de literatura e de construção teórica do projeto. O campo empírico se dará a partir de entrevistas individuais, que em função da pandemia da COVID-19 se dará de modo remoto. Como estratégia metodológica os encontros acontecerão, via Google Meet, no formato de entrevistas semiestruturadas, com os profissionais indicados pelos Secretários Municipais de Saúde e Saneamento, Educação e Cultura, Assistência e Desenvolvimento Social e do Departamento de Saúde Mental de Santo Antônio de Pádua-RJ. As entrevistas acontecerão em datas e horários a serem definidos e agendadas conjuntamente, via telefone ou e-mail a partir da disponibilidade dos participantes e poderão ter a duração de aproximadamente uma hora, podendo ser estendido ou reduzido de acordo com a necessidade ou vontade dos participantes. Serão tomados os cuidados para agendarmos as entrevistas com antecedência, bem como enviar o link de participação. Como as entrevistas serão virtuais, existe a possibilidade de interferência nas redes de internet e energia elétrica, e estas poderão ser retomadas caso haja intercorrências. A escolha das entrevistas semiestruturadas vem na possibilidade de recolher as narrativas orais dos sujeitos da pesquisa. Pensamos com Tedesco, Sade e Caliman (2013) que abordam a entrevista a partir da perspectiva do método cartográfico. Não a partir um modelo específico de "entrevista cartográfica", mas de um ethos cartográfico como orientação geral dos procedimentos ligados à sua elaboração. Assim o manejo da entrevista é pensado pelos autores, como intervenção recíproca entre signos e mundo, onde se dá uma abertura da experiência, nos processos de invenção de si e de mundos. A ideia é que tais questões apresentadas nas entrevistas possam ser disparadoras de pistas para a cartografia de processos emancipatórios no cuidado intersetorial e transdisciplinar, e dentre elas, estão: 1 - O que você entende como formas de comunicação possíveis em rede no município? 2 - Qual o papel da Atenção Primária em Saúde no território? Quais acolhimentos e diálogos com as demais instancias de cuidado no município tem acontecido? 3 - Como a Educação tem enfrentado o desafio do isolamento social? Qual a dimensão do diálogo no território das escolas junto as estratégias de saúde coletiva e saúde mental? 4 - Como tem sido abordada as situações de violência doméstica, vulnerabilidades sociais e o impacto do uso de substancias psicoativas? Quais os reflexos na Assistência Social e quais possibilidades de apoio em

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.047.745

rede tem surgido? 5 - A pessoa em sofrimento psíquico tem tido a possibilidade de um acolhimento amplo na rede de apoio do território?"

"Critério de Inclusão: Os participantes serão convidados, a partir de contato com os secretários Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, a representarem suas instituições. Assim o critério de inclusão será de dois participantes por Secretaria indicados como representantes das esferas públicas envolvidas na dimensão da intersectorialidade municipal. O número total será de 12 de participantes envolvidos diretamente na pesquisa: sendo 2 profissionais representantes das Secretarias de Assistencial e Desenvolvimento Social, 2 profissionais representantes da Secretaria de Educação e Cultura e outros 2 representantes das demais unidades da Secretaria de Saúde e Saneamento. Completando teremos outros 6 profissionais da equipe do Departamento de Saúde Mental do município composto por psicólogo, enfermeiro, assistente social, psiquiatra, nutricionista e técnico de enfermagem que serão convidados pelo diretor geral do Departamento, dado estes serem figuras chaves no processo de discussão da temática da intersectorialidade dentro de uma perspectiva coletiva de tratamento. Todos os participantes serão convidados a estar na pesquisa caso tenham disponibilidade e interesse na temática das Redes de Atenção Psicossocial, podendo recusar ou desistir a qualquer momento da entrevista, dado serem voluntários.

Critério de Exclusão: O critério de exclusão será deixar o vínculo com o poder público municipal durante a pesquisa ou não comparecer a entrevista agendada de antemão. O profissional terá a liberdade de desistir da entrevista a qualquer momento, sem nenhuma justificativa, o que não o causará nenhum prejuízo."

"Metodologia de Análise de Dados: A análise de dados será realizada a partir das narrativas e discursos encontrados nas entrevistas e no levantamento bibliográfico."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador: "Objetivo Primário:

Pesquisar sobre os possíveis caminhos e estratégias que podem colaborar na construção e no mapeamento de ações de matriciamento na Rede de

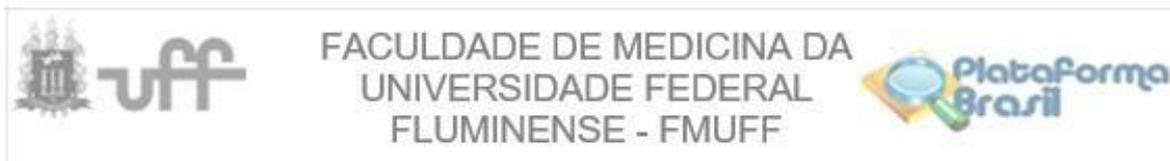
Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, RJ.

Objetivo Secundário:

Elaborar um projeto de ensino e pesquisa através do matriciamento em Saúde Mental considerando as principais éticas do cuidado em saúde e

como este cuidado toma a amplitude necessária para se promover uma interlocução de vários saberes e na integralidade do cuidado humanizado. Preparar referenciais teórico metodológicos no

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.047.745

processo de ensino com alunos e estagiários de cursos técnicos, e de graduação que atuam na Rede de Atenção Psicossocial, face à construção de uma consciência cidadã que articule clínica, ética e política.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

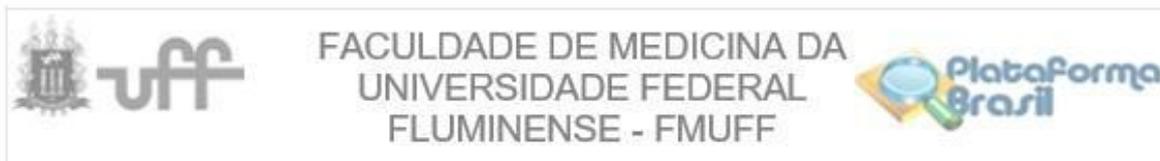
Segundo o pesquisador: "Riscos: Referente a avaliação dos riscos-benefícios possíveis desta pesquisa, informamos que não há riscos objetivos para os participantes em relatar situações cotidianas e profissionais, ou a ocorrência de situações que possam afetar pessoalmente o participante. Caso haja ocorrência de eventual desconforto no decorrer das atividades da pesquisa, o participante poderá apresentar e dialogar sobre suas demandas subjetivas e estas serão acolhidas pelo pesquisador. Em função da Pandemia da COVID-19, a pesquisa não apresenta riscos aos sujeitos envolvidos, dadas as entrevistas serem realizadas de modo privado e em formato virtual, onde serão tomados os cuidados de segurança em relação ao risco de vazamento de informações. Para maior segurança dos participantes, haverá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será lido em conjunto com os sujeitos a partir do aceite de participação. O Termo será enviado anteriormente à data marcada para a entrevista, por e-mail, assim como solicitada a assinatura e envio por formato digital. O cuidado com os participantes será a garantia do anonimato e será explicitada a possibilidade de desistência da participação a qualquer momento.

Benefícios: A relevância desta pesquisa se apresenta no investigar os nós e barreiras que impedem um efetivo e humanizado cuidado em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua, assim como proporcionar um matriciamento em saúde mental que seja intersetorial e transdisciplinar. Como benefício, esclarecemos que essa pesquisa tem como proposta ganhos no trabalho coletivo e integrado, e visa lançar novos olhares e práticas sobre os processos de matriciamento em saúde mental e, com isso, acreditamos que ampliará a atuação intersetorial dos profissionais da rede de atenção psicossocial do Município."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa objetiva conhecer possíveis caminhos e estratégias que podem colaborar na construção e no mapeamento de ações de matriciamento na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santo Antônio de Pádua. Os objetivos seriam alcançados por uma série de 6 rodas de conversa com dois representantes de cada uma das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social, mais 6 profissionais (psicólogo, enfermeiro, assistente social, psiquiatra, nutricionista e técnico de enfermagem) do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município. A pesquisa apresenta relevância e benefícios para a rede de saúde mental.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.047.745

O parecer nº 4.970.709 de 13 de Setembro de 2021, elenca as seguintes pendências abaixo descritas com suas respectivas respostas do pesquisador responsável.

1-Esclarecer sobre o início da coleta de dados;

Resposta: "Não foi realizada a coleta de dados, a qual somente irá acontecer após a liberação do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa e a partir do cronograma. As datas lançadas anteriormente eram previsões quando começamos a elaborar o projeto de pesquisa inicial"

Avaliação: Pendência plenamente atendida

2-Rever os riscos da pesquisa conforme citado na seção de Riscos e Benefícios deste parecer, principalmente na vulnerabilidade dos participantes indicados pelas Secretarias que podem se sentir coagidos a participar para evitar consequências de uma não aceitação em participar;

Resposta: "Em relação aos riscos para os participantes informamos que estes serão convidados pelos Secretários Municipais e pelo Diretor do Departamento de Saúde Mental a partir do interesse na temática das Redes de Atenção Psicossocial. Não há obrigatoriedade de participação dado o quesito da disponibilidade de horários e voluntariado. Não mais faremos entrevistas coletivas e optamos por entrevistas individuais para preservar o anonimato de todos os participantes."

Avaliação: Pendência plenamente atendida

3-Esclarecer como será o recrutamento dos seis profissionais do Departamento de Saúde Mental;

Resposta: "Os seis profissionais do Departamento de Saúde Mental serão convidados voluntariamente, pelo pesquisador que é também o atual diretor geral do Departamento de Saúde Mental de Santo Antônio de Pádua. Também não haverá obrigatoriedade de participação destes profissionais dado disponibilidade de horários, voluntariado e também interesse na temática das Redes de Atenção Psicossocial."

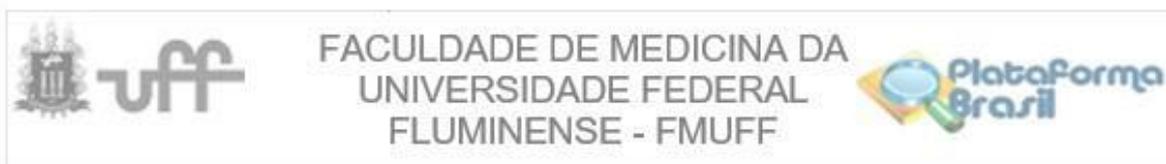
Avaliação: Pendência atendida.

4-Esclarecer como será obtido o consentimento dos participantes e como eles obterão uma via assinada pelo pesquisador do TCLE;

Resposta: "O consentimento dos participantes será via Google Meet, por contato telefônico ou e-mail e todos obterão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de antemão e poderão receber, assinar e enviar por meio digital;"

Avaliação: Pendência plenamente atendida

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.047.745

5-Rever o cronograma do projeto detalhado;

Resposta: "Segue o cronograma de atividades de modo detalhado"

Avaliação: Pendência plenamente atendida.

6-Corriger o TCLE, com título correto, e com a nova análise de riscos.

Resposta: "TCLE foi corrigido e realizada as alterações no título e análise dos riscos, além dos itens modificados e corrigidos estarem na cor azul no projeto anexo a plataforma;"

Avaliação: Pendência plenamente atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está adequadamente preenchida e assinada.

As cartas de anuência das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social estão apensadas e assinadas.

O cronograma está corretamente descrito após os esclarecimentos e correções.

O orçamento está adequado.

O TCLE está adequadamente redigido para a amostra.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Visto que as pendências contidas no último parecer consubstanciado foram devidamente atendidas e não há agravo ético aparente aos participantes desta pesquisa, este CEP entende que este projeto deva ser APROVADO.

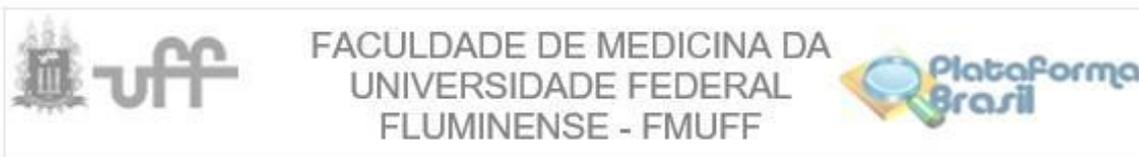
Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo APROVADO.

Observações:

- a cada 6 (seis) meses após a aprovação do projeto, deverão ser encaminhados relatórios parciais, através de Notificação na Plataforma Brasil, visando seu acompanhamento.
- o Relatório Final deve ser encaminhado após o encerramento do estudo, conforme instruções disponíveis na página do CEP.
- Caso o pesquisador precise fazer Emenda ao Projeto, é obrigatório o envio antecipado de Relatório Parcial via Notificação. A Emenda só poderá ser solicitada após aprovação da Notificação com relatório parcial.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.047.745

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1740650.pdf | 03/10/2021 11:38:08 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_A_Saude_Mental_Nas_Cartografias_202109.pdf | 03/10/2021 11:37:04 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | CARTA_RESPOSTA_PB_Allan_202109.pdf | 03/10/2021 11:33:06 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Allan_De_Aguiar_202109.pdf | 03/10/2021 11:32:22 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |
| Orçamento | Orcamento_PlataformaBrasil_allandeaguiar.pdf | 16/05/2021 21:24:36 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |
| Outros | Cartaanuenciaeducacao.pdf | 21/04/2021 22:16:53 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Cartaanuenciaassitencia.pdf | 21/04/2021 22:16:07 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |
| Declaração de concordância | Cartaanuenciaasaude.pdf | 21/04/2021 22:15:12 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaDeRosto_Allandeaguiar_assinado.pdf | 21/04/2021 22:10:21 | ALLAN A ALMEIDA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 19 de Outubro de 2021

Assinado por:
PATRICIA DE FÁTIMA LOPES DE ANDRADE
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br