

Crise no cotidiano: o cuidado nos Caps

Crisis in daily life: care in Caps

Karla Maria Duarte Castro; Ana Paula Figueiredo Louzada

Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO:

A Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento da Luta Antimanicomial são importantes ao processo de (re)invenção do lugar social da loucura, na produção de políticas locais e intersetoriais e na criação de redes em serviços substitutivos territoriais, em superação ao modelo asilar. Pensar como os CAPS em Vitória-ES que cuidam das pessoas em sofrimento psíquico grave têm acolhido o processo da crise quando esta acontece no cotidiano foi o norteador desta pesquisa. Ao participar de diversos espaços de cuidado nos equipamentos pode-se acompanhar como a atenção à crise se desenrola no cotidiano dos serviços, como os afetos são mobilizados para produzir um cuidado que não fragmenta a vida. Testemunhou-se que questões cotidianas quando são discutidas em assembleias produzem além de efeitos terapêuticos, um exercício democrático, torna-se lugar de pactuações que reverbera na vida dos usuários ampliando sua autonomia.

Palavras-chave: crise; CAPS; Reforma Psiquiátrica brasileira.

ABSTRACT:

The Brazilian Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Fight movement are important to the process of (re) invention of the social place of madness, in the production of local and intersectoral policies and in the creation of networks in territorial substitute services, in overcoming the asylum model. Thinking about how the CAPS in Vitória-ES, which take care of people in severe psychological distress, have received the crisis process when it happens on a daily basis was the guiding principle of this research. By participating in different spaces of care in the equipment, one can follow how attention to the crisis unfolds in the daily life of services, how affections are mobilized to produce care that does not fragment life. It was witnessed that daily issues discussed in assemblies produce, besides therapeutic effects, a democratic exercise, it becomes a place of agreements that resonates in the users' lives, expanding their autonomy.

Key-words: crisis; CAPS; Brazilian Psychiatric Reform.

DOI: 10.12957/mnemosine.2021.61848

Da construção de políticas afirmativas em saúde mental no Brasil e no Espírito Santo

A Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento da Luta Antimanicomial, nos seus princípios ético-políticos, operaram vastos avanços nos cuidados/assistência/direitos

às pessoas em sofrimento psíquico grave, e hoje sofrem graves ataques e riscos de retrocessos nas políticas de saúde mental brasileira. Esses movimentos ocupam um importante marco no processo de (re)invenção do lugar social da loucura, na produção de políticas locais e intersetoriais e na criação de redes de serviços substitutivos territoriais, pois forçam a superação do modelo asilar e inscrevem um modo psicossocial de cuidar (AMARANTE, 2013b; NICÁCIO; CAMPOS, 2004; TORRE; AMARANTE, 2001).

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

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

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

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

Em 1987, na cidade de Santos, município do estado de São Paulo, houve a experiência pioneira do processo de desinstitucionalização e de desestruturação dos manicômios, com a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, um gigantesco complexo

hospitalar particular psiquiátrico financiado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), cuja capacidade máxima de acolhimento era para 250 (duzentos e cinquenta) internos, mas mantinha mais 500 (quinhentos) pacientes em condições precárias e com denúncias de maus-tratos e torturas. A intervenção é considerada como o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, com a substituição da internação e a diminuição do tratamento medicamentoso que era o único tratamento destinado aos internos, por algumas estratégias de cuidado como oficinas de teatro, pintura, jornal (QUINTAS, 2007). Tais estratégias foram utilizadas como novo modo de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico grave, aliadas ao acompanhamento médico com o foco interventivo principal fornecer o apoio terapêutico para a volta dos internos ao convívio social (QUINTAS, 2007).

No Espírito Santo, historicamente, a atenção em saúde mental centrou-se na hospitalização em grandes hospitais psiquiátricos públicos e privados. O processo da reconstrução da assistência psiquiátrica teve início em 1985, no I Encontro Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, que antecedeu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. A discussão acerca dos modos de cuidado da saúde mental se intensificou no Estado no II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental realizado em 1992. Este encontro abriu espaço para o amadurecimento das propostas que seriam apresentadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

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

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

Esta nova dinâmica ampliou a complexidade do acolhimento e trouxe consigo novos desafios. Tornava-se necessário, agora, uma maior e bem mais fortalecida articulação dos fluxos de atenção à urgência e à emergência. Justamente, porque se

ampliavam também todas as dimensões do acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico, principalmente no que se refere às implicações dos profissionais da saúde no agenciamento/promoção desta atenção integral (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013; AMARANTE, 2015).

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

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

Tivemos como principal pergunta analisar como os processos de institucionalização têm agenciado potencialidades no acolhimento à crise, tendo como perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial, no município de Vitória-ES. Para tanto, aproximamo-nos da crise no cotidiano dos CAPS; analisamos as estratégias coletivas/comunitárias utilizadas no cotidiano institucional para o acolhimento à crise; vivenciamos as aproximações/afastamentos das equipes no trabalho com a crise; e os desdobramentos destes processos nas relações institucionais.

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

Crise, do que se trata?

Vários atores tensionaram/tensionam e propiciaram abertura para novas maneiras de atenção à loucura. No Brasil, as referências são muitas e múltiplas. Podemos citar alguns como: Paulo Gabriel Delgado, Paulo Amarante, Gastão Wagner, Antonio Lancetti, Ana Pitta, Magda Dimenstein, Benilton Bezerra Júnior, Roberto Kinoshita entre tantos outros. Ao atualizarem o movimento de reforma psiquiátrica, constroem continuamente um campo de consistência que inovam as práticas de acolhimento à pessoa em sofrimento

psíquico grave que se encontram no circuito da atenção psicossocial, ou em outros pontos da rede de atenção à saúde e assistência social.

Criam uma concepção de crise, inovam as práticas interventivas das experiências desta realidade. Inserem nesta, todas as demais dimensões da vida, como as facetas familiares, relacionais, comunitárias, sociais, políticas, etc., ampliando-a para além de sua sintomatologia e a garante no cotidiano do território (AMARANTE, 2014), enquanto sofrimento-existência.

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

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

Esta construção, que é contínua, possibilita a criação de novos modos de,

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

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

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

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

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

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

Agora, interrogamo-nos novamente, seria possível uma aposta pautada num projeto técnico-político na produção de subjetividade inserida numa ética de cuidado em meio ao aparato burocrático estatal? Como produzir um processo de promoção de saúde em meio às burocracias do Estado, que tenta esmagar toda diferença em nome do não desperdício monetário, inserida numa lógica mercadológica da vida?

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

É no trabalho vivo em que há criação, no qual o fazer do cuidado é, tanto na dimensão pública, como na dimensão privada, vivido como liberdade que vai “[...] operando relações em fluxos de intensidade no interior do [próprio] processo de trabalho” (FRANCO; MEHRY, 2013: 158). Então, não há como se instituir um manual de procedimento cotidiano do cuidado em saúde, uma vez que ela só pode acontecer em ato.

O desejo, tal como trabalhado conceitualmente por Deleuze e Guattari em ‘O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia’ (2010), é a energia produtiva que constitui a realidade social e que se forma no inconsciente, não aquele que foi forjado ao modo psicanalítico

que fala de um inconsciente calcado numa história intimista e familiar baseado na relação pai-mãe-criança, num modelo de recalçamento e falta. Mas um inconsciente que é máquina de produção desejante, portanto coletiva, é “[...] força motriz de construção da sociedade [...]” (FRANCO; MEHRY, 2013: 156), ou seja, agencia a realidade social e tem seu investimento voltado tanto para o meio social como para o biológico, e que “[...] funciona ao mesmo tempo, nos hiatos e nas rupturas, nas panes e as falhas, [...] nas distâncias e nos despedaçamentos, numa soma que nunca reúne suas partes em um todo.” (DELEUZE; GUATTARI, 2010: 61-62).

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

Assim Desviat (2018), Merhy (2014) e Paim (2016) apontam que o modelo de atenção à saúde adotado em determinadas sociedades, diz respeito ao modelo assistencial no qual o Estado alicerça toda a sua lógica de funcionamento, ou seja, ao tipo de proteção social adotado por cada país, que pode se configurar como um modo neoliberal e mercadológico privatista ou como um modo vinculado à condição de cidadania, financiado solidariamente pelo pagamento dos impostos e contribuições sociais.

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

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

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

Como pesquisar com crise?

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

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

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

Consideramos a experimentação da pesquisa como um processo que não se encerra em si e que ultrapassa até mesmo os limites da própria academia. Assim, convidamos para contribuir com a pesquisa as equipes [profissionais dos diversos campos de saberes que compõem a equipe mínima dos CAPS] que trabalham nos CAPS II e III e atendem o transtorno mental de adultos, a época da produção dos dados, no município de Vitória.

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

Realizamos a pesquisa nos CAPS, por entendemos como um lugar onde se vivenciam as intervenções cotidianas de acolhimento à crise. Eles estão localizados nos bairros da Ilha de Santa Maria, cuja característica é o atendimento diário, considerado II, e o de São Pedro, que possui a modalidade de acolhimento noturno, considerado III, no município de Vitória. Nos quais ficamos imersos pelo período de quatro meses, desde

Março à Julho do ano de 2018.

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

Circulamos em diversos espaços de cuidado inseridos nos equipamentos CAPS II e CAPS III do município de Vitória em oficinas terapêuticas, reuniões de equipe, grupos de familiares, espaços de formação continuada, grupos multifamiliares, assembleias mensais realizadas nos serviços e na clínica psiquiátrica no modo de conversa [entrevistas] com os médicos psiquiatras dos equipamentos.

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

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

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

Trabalhamos a partir da contribuição com os campos de fazeres /saberes da Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica, da Atenção Psicossocial e do Movimento da Luta Antimanicomial, como caixas de ferramentas que ajudaram a operar a realidade da saúde mental no Brasil, e por promoverem uma aproximação das múltiplas dimensões da saúde, no acolhimento e na atenção à crise, uma vez que a entendemos como uma processualidade, pois a,

[...] compreensão das práticas de saúde, [...] maneira como a população identifica suas necessidades de saúde, as explica e se organiza para lhes dar solução e, ainda, como se dão os processos de comunicação social em saúde. [...] contribui retomando na Saúde a problemática do sujeito [...] de forma crítica, contrapondo-se às tendências

universalizantes e biologizantes da Saúde [...] (SPINK; MATTA, 2010: 42).

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

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

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

Dispomos de um momento com alguns profissionais de um dos serviços, e apresentamos algumas escritas que foram compostas no período em que estávamos imersos nos equipamentos. Foram entregues alguns textos narrativos, com a intencionalidade de disparar análises coletivas com a crise no cotidiano. Experimentamos, nessa análise, a equipe construir um espaço de problematizações nas suas práticas nos serviços.

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

A pesquisa nos permitiu apreender as forças que atuam no processo de saúde mental nos CAPS de Vitória/ES, especificamente no que diz respeito ao acolhimento à crise de pessoas adultas na saúde mental, e possibilitou a construção de conhecimento, que foi realizado com o equipamento e que certamente produziram interferências,

questionamentos acerca do cotidiano do cuidado. Esperamos que ela também contribua com outras pesquisas, uma vez que com a crise, deparamo-nos com um campo complexo de problemas cotidianos no seu acolhimento.

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

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

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

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

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

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

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

O novo se forja no meio da madrugada, sem avisos prévios, quando se acorda ofegante após um sonho. Assemelha-se a entrada ao campo de pesquisa, quando se produz estremecimentos a partir das mobilizações dos afetos, e sua potência vem justamente da periculosidade desses encontros, tal como “[...] escrever [é] postar-se diante de um abismo. Ali, treme-se [...]”. Uma escrita potente como a força do empuxo do nascimento

que leva à criação do novo, é uma escrita política.

A força produtora da escrita atravessa cada poro do corpo, assim como a Rolnik (2018) escancara, trata-se menos de uma explicação e descrição de fatos que passa pelo crivo cognitivo, e mais de deixar-se que as forças dos encontros [em pesquisa, inclusive] violentem e maculem o corpo forçando-o à mudança, à constituição de um novo corpo. Então, a escrita é também produção de vida.

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

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

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

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

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

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

Fazendo cuidado

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

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

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

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

Pactuou-se que Elisa participaria de algumas atividades cotidianas do Mar, e que a escrita da dissertação passaria pela leitura da equipe daquele serviço, tal como ocorreria com o seu projeto de pesquisa. Combinaram que nada seria publicado sem o retorno da sua escrita.

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

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

Mas, como toda intervenção é atravessada por várias questões, Elisa pôs-se a

pensar que tal proximidade poderia também ser uma tentativa, mesmo sem ser intencional, de controlar e vigiar o andamento dela, para que não se fuja dos próprios princípios do equipamento. Neste encontro, fora recebida pelas profissionais com os informes de quem não queria participar das conversas e quais os espaços que ela não poderia se inserir. Pensou que este movimento ocorrera fruto dos efeitos da entrada de seu projeto de pesquisa. Ele havia passado pelo equipamento e fora discutido em reunião de equipe algumas vezes. Elisa sentira que naquele momento era importantíssimo para a sua imersão no campo, que se respondesse aos questionamentos para elucidação de alguns pontos da sua proposta de pesquisa. Tendo em vista todos os receios que o projeto de pesquisa suscitou ao equipamento, Elisa lembrou-se de uma aula, ainda em sua graduação, que falava sobre as luzes, ou seja, as teorias que podem servir para qualquer uso, e sendo assim, como é difícil e complexo falar de crise devido à ampla produção de conhecimento acerca dela e que lançam tantos modos distintos de práticas. Entendera rapidamente quais os cuidados éticos/políticos que deveria ter para a produção daquela pesquisa.

Ela experimentara, pela segunda vez, o mal-estar gerado por uma pesquisa. O pesquisador, que é um estrangeiro ao cotidiano do equipamento e que estava lá com uma encomenda que não lhe fora gerada pelo próprio campo e, por isso, tornara-se vetor de convergência das angústias e expectativas que a partir dali passam a existir na dinâmica relacional.

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

Naquele dia, Elisa chegou ao equipamento Mar como combinado, e fora recebida pelas profissionais que iriam fazer a oficina Passarinhada, com apenas os usuários que estavam com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) planejado para aquele dia, soubera

disso em uma conversa prévia com uma das profissionais. E quem não estivesse incluído nas atividades da sexta-feira e quisessem participar teria que ser combinado com a equipe antes.

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

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

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

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

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

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

tempo em que ela não frequentava um equipamento, estava há muito afastada do cotidiano dos serviços de saúde mental e se esquecera de como acontecia as relações naquele espaço.

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

[...] a vida, a respondeu com sua presença viva. E não há melhor resposta que o espetáculo da vida: vê-la desfiar seu fio, que também se chama vida, ver a fábrica que ela mesma, teimosamente, se fabrica, vê-la brotar como há pouco em nova vida explodida; mesmo quando é assim pequena a explosão, como a ocorrida; como a de há pouco, franzina; mesmo quando é a explosão de uma vida Severina (MELO NETO, 1920-1999).

Fazer de modo mais simples

Quanto mais circulamos nos equipamentos, mais nos perdemos de encontrar lugares específicos de lidar com a “Crise” em saúde mental. Pudemos acessar que o cuidado com a crise sobrevém no cotidiano dos equipamentos, ali onde as práticas são mais flexíveis e mais complexas, extrapolando os protocolos e as burocracias sem, no entanto, desconsiderá-los.

Decidimos pinçar alguns momentos para colocarmos em análise, justamente por não podermos dar conta da complexidade do cuidado com a crise nos equipamentos, na saúde mental, e na vida. Contudo, a riqueza das práticas dos serviços nos forneceram algumas pistas de como esse cuidado se produz em ato.

Entendermos que apesar da necessidade de se ter uma rede de saúde que esteja bem articulada e consolidada, principalmente com serviços de urgências e emergências que acolhem à crise aguda, o trabalho mais imediato com os usuários, àquele que acontece no dia-a-dia das relações de cuidado dentro dos equipamentos, é capaz de dar contorno ao sofrimento psíquico quando ele está à flor da pele, mais pulsante.

Ao caminharmos nos diversos espaços de cuidado, por entre os equipamentos, pudemos acompanhar como a atenção à crise se desenrola no cotidiano dos serviços. Como os afetos são mobilizados para produzir um cuidado que não fragmenta sujeito/vida.

Nesta dinâmica relacional, usuários agem, veementemente, nos processo saúde/doença/cuidado individuais e coletivos, uma vez que o próprio encontro dos

usuários [singularidades emergentes] com as estratégias de cuidado nos equipamentos e a equipe técnica, que promove tal cuidado, ambas imbricadas institucionalmente, implica na transformação nas subjetividades daqueles que sofrem e os profissionais referidos, transformando os modos do próprio cuidado e do viver.

Vivenciamos como o cuidado que se dá na própria vida com os usuários, integrando as questões mais corriqueiras como a falta do gás de cozinha, o consumo do tabaco, a utilização dos sanitários dos equipamentos, os relacionamentos que se dão naqueles espaços, quando discutidas, tem a potência de efeitos terapêuticos, além da experimentação da cogestão nas atividades dos serviços, que é um exercício democrático em ato. Esse lugar de pactuações reverbera na vida dos usuários ampliando sua autonomia.

Assumir um cuidado sem fragmentá-lo das demais dimensões da vida, considerando inclusive as questões orgânicas e biológicas, rompe com a lógica ‘dictomizante’ do processo de saúde-doença. Introduzimos ao cuidado com a crise tudo o que importa na vida dos usuários.

Ao lidarmos com práticas de cuidado no âmbito das pactuações e da cogestão, podemos responder aos impasses e às dificuldades que geram sofrimento ao usuário, nas suas maiores sutilezas e dificuldades, justamente. Ampliamos as respostas às problematizações, produzimos resolutividade em saúde. As oficinas e as assembleias nos equipamentos são práticas coletivas que agenciam conexões e ações políticas, alargando as estratégias de cuidado, transformando o cotidiano.

Quando exteriorizamos o cuidado à saúde mental, e mais atores se envolvem com a produção deste cuidado, lançamos mão de mais elementos para que a crise aguda não se constitua enquanto impeditivo da vida, uma vez que há nas práticas de cuidado e atenção à crise a consideração dos múltiplos planos da vida dos usuários.

Mas o grave assalto que o campo da Saúde Mental tem sofrido com o realinhamento neoliberal das políticas de saúde no país tem afetado drasticamente a produção da saúde coletiva brasileira. Com o foco na mercantilização da saúde, privilegia a privatização e comercialização de produtos e serviços que individualiza os sujeitos e tem uma concepção de cuidado de saúde baseada apenas no modelo biomédico/anatômico/biológico cujo objetivo é a obtenção da cura.

É o que vimos com a Nota Técnica 11/2019 do MS (Ministério da Saúde do Brasil) cuja intensão foi, e continua sendo, reorientar a assistência à saúde mental numa lógica de funcionamento centrado no modelo asilar/manicomial como o cuidado primeiro das

pessoas em sofrimento psíquico, contrariando toda a construção coletiva do modo psicossocial.

Desconsiderar do processo de produção da saúde/doença/cuidado as demais dimensões da vida em coletividade é não pensar nos atravessamentos das problemáticas sociais, econômicas, ambientais, culturais, pedagógicas, religiosas, e os efeitos deste processo na vida, vida comunitária. Apreciar apenas as questões patológicas e utilizar suas estratégias de cuidado podem simplificar e minimizar demandas muito mais potentes em gerar patologias, como a pobreza, a violência, o trabalho precário. Isto, por sua vez, afeta diretamente nos recursos destinados à saúde, uma vez que os gatilhos que geram patologias não são extintos em sua radicalidade. O cuidado à saúde gira em torno apenas na supressão dos sintomas e não entram no mérito das suas causalidades. Não produz resultados efetivos na promoção e para produção de saúde nas populações sujeitas a tal modo de cuidar da saúde.

Referências

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015. p. 109-126.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 6ª reimp. da 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013a.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 5 reimp. da 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 1ª reimp. da 4 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013b.
- BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 172-200.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderno humaniza SUS*, v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2011.
- CLEMENTE, Anselmo; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; ROMANHOLI,

- Andréa Campos. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. *Polise Psique*. Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, p. 80-99, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/viewFile/41111/26490>>. Acesso em: 05 abr. 2015.
- COSTA, Mônica Silva da. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arq. bras. psicol.* Rio de Janeiro, v.59, n. 1, p.- 94-108, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010>. Acesso em: 02 out. 2016.
- DELEUZE, Gilles. A vida como obra de arte. In: DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Trad. Peter Pal Pelbart. 7 reimpr. da 1 ed. São Paulo: Ed. 34. 2008. p. 118-126.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Filosofia, ciência lógica e arte. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é filosofia?*. 2 ed. São Paulo: Ed. 34, 1993.p. 151-174.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 1997. 4 v.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Trad. Luiz B. L. Orlandi. ed. 34. 2010. 1 v.
- DESVIAT, Manuel. Pensar em saúde. In.: DESVIAT, Manuel. *Coabitar a Diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. Trad. Marta Donila Claudino. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 21-37.
- FRANCO, Túlio Baptista; MEHYR, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, Túlio Baptista; MEHYR, Emerson Elias. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.
- JARDIM, Katita Figueiredo de Souza Barreto; DIMENSTEIN, Magda. Urgência Psiquiátrica: Loucura-Periculosidade fundamentando as práticas do SAMU. In. ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 14., 2007, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf>. Acesso em: 02 out. 2016.
- LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- LAPOUJADE, David. Como ver. In: LAPOUJADE, David. *As experiências mínimas*. Trad. Hortencia Santos Lencastre; Revisão técnica: Fernanda Mello. São Paulo: n-1 edições. 2017a. p. 43-78.
- LAPOUJADE, David. Do campo transcendental ao nomadismo operário – William James. In: ALLIEZ, Éric (Org.). *Gilles Deleuze: Uma vida filosófica*. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 267-277.
- LAPOUJADE, David. Plano e material: a experiência pura. In: LAPOUJADE, David. *William James, a construção da experiência*. São Paulo: n-1 edições, 2017b. p. 23-28.
- LAPOUJADE, David. Uma mônada desmedida? In: LAPOUJADE, David. *As experiências mínimas*. Trad. Hortencia Santos Lencastre; Revisão técnica:

- Fernanda Mello. São Paulo: n-1 edições. 2017c. p. 9-25.
- MELO NETO, João Cabral de. *Morte e vida Severina*. Unama: Núcleo de Educação à Distância. [19--]. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/Joao%20Cabral%20de%20Melo%20Neto.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2018.
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NEGRI, Antônio. *Declaração – Isso não é um manifesto*. Trad.: Carlos Szlak. São Paulo: n-1 edições, 2014.
- NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional*. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042004000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 out. 2015.
- OLIVEIRA, Edinéia Figueira dos Anjos; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 50-58. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2019.
- PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. 6ª reimp. da 1 ed.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31.
- ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000400010&script=sci_abstract>. Acesso em: 02 out. 2016.
- ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, fev./set. 1993. Disponível em: <<http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpo devir.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.
- SPINK, Mary Jane; MATTA, Gustavo Corrêa. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. 1ª. reimpr. da 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 25-51.
- TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal, Rev. Psicol.* Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1112>>. Acesso em: 02 out. 2016.

Karla Maria Duarte Castro
Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: kmdc1609@gmail.com

Ana Paula Figueiredo Louzada
Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: paulaouzada27@gmail.com