

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Maria Paula Cerqueira Gomes
Emerson Elias Merhy
Organizadores

Pesquisadores IN-MUNDO
**Um estudo da produção do acesso
e barreira em saúde mental**



editora



rede unida

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

**Maria Paula Cerqueira Gomes
Emerson Elias Merhy
Organizadores**

**Pesquisadores In-Mundo
Um estudo da produção do acesso
e barreira em saúde mental**

1ª Edição
Porto Alegre, 2014
Editora Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

João José Batista de Campos

João Henrique Lara do Amaral

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Ricardo Burg Ceccim

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte Gráfica - Capa

Andantes

Kathleen Tereza da Cruz

Blog: <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br>

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P474 Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental / Organizadores: Maria Paula Cerqueira Gomes, Emerson Elias Merhy. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

176 p. : il. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

Bibliografia

ISBN 978-85-66659-20-7

1. Saúde mental 2. Atenção à saúde 3. Saúde pública I. Gomes, Maria Paula Cerqueira II. Merhy, Emerson Elias III. Título IV. Série

NLM WM30

Catálogo na fonte: Rubens da Costa Silva Filho CRB 10/ 1761

Todos os direitos desta edição reservados à

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA REDE UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - 90620-110 – Porto Alegre – RS

Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Índice

Apresentação - *Emerson Merhy e Paula Cerqueira*.....7

Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção - *Paula Cerqueira, Emerson Merhy, Ermínia Silva, Ana Lúcia Abrahão, Leila Vianna, Mônica Rocha, Nereida Santos, Magda Chagas, Cláudia Tallemberg, Maria Thereza Santos, Angela Carla*.....25

CRISE – Um conceito constitutivo para a saúde mental - *Ricardo Moebus*.....43

Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Hitórias de R -*Maria Paula Cerqueira Gomes, Rosemary Calazans Cipriano, José Tadeu Freire, Emerson Elias Merhy, Ana Lúcia Abrahão, Erminia Silva, Leila Vianna e Claudia Tallemberg*.....55

Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental - *Ângela Carla da Rocha Schiffler, Ana Lúcia Abrahão*.....89

O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro - *Monica Rocha, Leila Vianna, Nereida Santos, Maria Paula Cerqueira Gomes, Emerson Elias Merhy, Maria Alice Bastos Silva, Mariana Sant 'Anna Costa, Letícia Amadeu Gonçalves e Silva, Juliana Kaminski do Prado*.....105

As diversas formas de experimentação da crise no encontro entre trabalhadores e usuário na produção do cuidado em um CAPS no Estado do Rio de Janeiro - *Magda de Souza Chagas, Claudia Tallemberg, Maria Carolina Souza, Eliene Fernandes da Paz*.....135

O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde - *Ana Lúcia Abrahão, Emerson Elias Merhy, Maria Paula Cerqueira Gomes, Claudia Tallemberg, Magda de Souza Chagas, Monica Rocha, Nereida Lucia Palko dos Santos, Erminia Silva, Leila Vianna*.....155

Posfácio.....171

Sobre os autores.....173

Apresentação

Olá,

Convidamos você a uma viagem! Uma viagem de descobertas a outras formas de produzir conhecimento onde o mundo e a vida estão em conexão com objeto a ser pesquisado.

Os artigos que serão apresentados narram os efeitos da pesquisa intitulada “Acessibilidade na atenção à crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no estado do Rio de Janeiro, do edital Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (PP-SUS) – 2010/FAPERJ.¹

1 O Edital PPSUS- pesquisa para o SUS , financiado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde- DECIT e Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Estadual de Auxílio a Pesquisa no Estado do Rio de Janeiro, apresenta como proposta construir junto a Universidades, pesquisadores e trabalhadores da rede pública a discussão de temas relevantes para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS .Nesta perspectiva, no ano de 2009 a SES-RJ , DECIT e FAPERJ realizaram uma oficina com temas relevantes para o SUS, sendo um deles Saúde Mental. Esta oficina teve como objetivo elencar eixos de pesquisa e construir um Edital a partir dos mesmos. Um dos critérios para avaliação de projetos foi a parceria entre trabalhadores da Secretaria Estadual de saúde, no caso a Coordenação Estadual de saúde Mental

Nesse livro apresentamos como quatro Redes de Atenção Psicossocial (RAPs), de municípios do Estado do Rio de Janeiro envolvidos nessa pesquisa, sustentam a acessibilidade e a produção do cuidado na atenção à crise em saúde mental. Procuramos aqui ir para além de só entender essa dinâmica do ponto de vista da relação entre demanda e oferta por serviços de saúde, tentando trazer para a cena do objeto de estudo a noção de acesso e barreira no plano do cuidado em si.

Essa pesquisa foi construída do começo ao fim, por meio de uma cooperação de trabalho entre um coletivo que incluiu: trabalhadores dos Serviços de Saúde Mental dos cinco municípios do estado, a Coordenação de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, o Laboratório de Estudo, Trabalho e Assistência em Saúde (LETRAS) do IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e pesquisadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, da Pós-Graduação em Clínica Médica da UFRJ.

Os resultados aqui apresentados são frutos do trabalho desse coletivo durante os dois anos de pesquisa. Nesse período foram realizados encontros mensais com o coletivo descrito acima e também produzido uma agenda de trabalho regular nos municípios. A construção metodológica privilegiou o aspecto qualitativo, com destaque para o acompanhamento do usuário guia e como no seu nomadismo vai se abrindo novas redes de cuidado que são construídas e inventadas para fora do próprio sistema de saúde e, às vezes, para vencer as barreiras produzidas no próprio sistema de saúde. Os resultados apontaram para múltiplas histórias constituídas na rede e a Universidade, na aproximação dos laços entre gestão, produção do cuidado, política e formação. No Edital de 2010 um dos Eixos propostos foi o de acessibilidade e barreira na rede CAPS, para o qual a presente pesquisa foi selecionada.

de conexão existencial do usuário. Uma multiplicidade em que as equipes puderam desconstruir e reconstruir o cuidado, explorar lembranças acerca do usuário guia e do seu processo de cuidado nas redes de saúde mental, em busca tanto de práticas instituídas, quanto de narrativas que aportam novas linhas de investigação que ampliam a rede de conexões desses usuários.²

A realização da pesquisa permitiu explorar fenômenos já conhecidos e com muitas acumulações, mas que ainda apresentam interfaces inexploradas do mundo do cuidado. As ferramentas empregadas, nesta abordagem qualitativa, seguiram a seguinte construção da investigação:

Levantamento bibliográfico e análise documental sobre a atenção em saúde mental no Brasil e no mundo. Construção de equipe de “pesquisadores do local”, a partir dos profissionais de saúde dos municípios, campo, da pesquisa.

Para o trabalho de campo foram selecionados além da equipe de pesquisa, denominados de “pesquisador apoiador”, “pesquisadores locais” nos municípios. O “pesquisador apoiador”, foram profissionais vinculados à Coordenação de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, ao LETRAS do IPUB e pesquisadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Os “pesquisadores locais” foram selecionados a partir dos critérios: conhecer a rede de saúde mental investigada; estar envolvido com o caso guia a ser investigado e apresentar experiência ou formação em saúde mental.

Outra ferramenta empregada na investigação foi a produção do Kit do Pesquisador, construído e debatido com

² Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o nº do CAAE 0016.0.249.000-11.

todos os participantes da investigação, que contemplava os objetivos da pesquisa e elementos para a preparação das equipes de investigadores no trabalho de campo. O kit foi composto por: carta de apresentação do projeto de pesquisa às autoridades competentes (Prefeitura, Secretário de Saúde, Coordenação Municipal da Saúde Mental, Direção e/ou Coordenação do CAPS); termos de consentimento livre e esclarecido para entrevista (modelo para os profissionais de saúde e para os usuários e familiares); roteiro de entrevista para o conjunto dos atores implicados com o cuidado gerado: do gestor do serviço à equipe cuidadora, além da Coordenação Municipal de Saúde Mental .

A análise de prontuário foi outra ferramenta empregada, além das entrevistas semiestruturadas que tomaram como referência alguns analisadores artificiais (Baremblyt, 1992³) definidos pelo grupo de pesquisa. Por exemplo: arranjos e composição da equipe; articulação do cuidado com o sistema local de saúde; características do cuidador; a conformação do ato de cuidar; racionalidade (efetividade, eficiência e eficácia).

A análise do prontuário e as entrevistas, foram ferramentas que apontaram a construção de diferentes fontes vinculadas ao caso, de forma a proporcionar a elaboração de linhas de conexão que foram seguidas pelos pesquisadores em campo.

Vale ressaltar que as ferramentas empregadas nesta investigação, foram antes validadas pela Pesquisa Saúde Mental - acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Processo 575121/2008 4, CNPq, 2011 (MERHY, 2011⁴).

3 BAREMBLYT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. Belo Horizonte: Fundação Felix Guattari, 1992.

4 De um MERHY, E.E. e alls. Pesquisa Saúde Mental - acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas,

Sujeitos da pesquisa

Os usuários das redes de saúde, como um todo, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes que não de saúde se portam como usuários exclusivos desses locais de grande territorialização, pois são nômades no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que como linhas de fuga, buscam construir outros processos que não os que os serviços de saúde instituem para eles. Poder “dar mão” para eles nos seus caminhar nômades é fundamental para descobrir essa produção de novas redes de conexões. Nessa direção, todas as estações de cuidado⁵ (CECÍLIO e MERHY, 2003⁶) são chaves como fonte base para isso ser em parte revelado, mas reconhecendo que não é suficiente.

Com isso, há que se valorar as estações de cuidado - CAPS (Centro de Atenção Psico-Social); Residências Terapêuticas, ambulatorios, emergências, etc. - como fontes para mapear algumas das situações vividas por esses usuários, que necessitam de cuidado mais complexo, como são, por exemplo, os psicóticos graves. Mas, há que reconhecer que só isso não dá conta. De outro lado, no seu caminhar na construção de suas redes de conexões, pois o lado não institucionalizado é significativo, aqui.

Procurar estudar barreiras e acessibilidades em complexas redes formais de cuidado exige cruzar estratégias de investigação múltiplas. Por isso, nesse estudo uma de Processo575121/2008 4. **Relatório Final**. CNPq. 2011

5 “Estações de cuidado” é o modo como designamos nessa pesquisa a idéia de estabelecimentos de saúde.

6 CECÍLIO, L.C.O. e MERHY, E.E. “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. In **Sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2003.

suas estratégias metodológicas centrou-se na pesquisa qualitativa, que parte dos encontros que os usuários produzem em algumas estações de cuidado, nos quais foi possível identificar outros atores com quem se conecta, tornam-se fontes de informação sobre o objeto em foco.

Entretanto, como no seu nomadismo vai abrindo novas redes de cuidado que constrói, para fora do próprio sistema de saúde e, às vezes, para vencer barreiras, procura-se associar outras estratégias de investigação não tão tradicionais, que busca na construção dos fluxos existenciais, novos modos de obtenção de informações e materiais para análises. Aqui, refere-se a metodologia vivenciada no campo da história social da cultura, pela historiadora Erminia Silva (SILVA, 2007⁷), em sua pesquisa sobre circo-teatro, que para enfrentar o nomadismo dos artistas circenses e do próprio circo, trabalhou com alguns artistas-guia que lhe permitiram mapear lugares, instituições, práticas e saberes, na construção da memória dos seus viveres circenses. Espelha-se nesse modo de investigar, também, na busca da construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido, como forma de trazer para a cena do estudo muito do que habita a oralidade dos processos de cuidado, em particular, para fora das redes formais.

Paratanto, a noção de Usuário-Guia e seu nomadismo foi tomada como eixo ordenador dos materiais de campo. O usuário-guia tem as características de um caso traçador do cuidado - louco muito louco⁸ - institucionalizado e não institucionalizado, escolhido entre os usuários que circulam

7 SILVA, E. Circo-teatro. **Benjamin de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. São Paulo: Altana, 2007.

8 Louco muito louco - demandam muitas redes de cuidado e criam, a todo o momento, muitos problemas para as equipes em termos de construção dos modos de cuidar em saúde mental. (Relatório Final da Pesquisa SM (MERHY2011))

nas redes de cuidados da saúde mental e nas estações de cuidado dos cinco municípios laboratórios.

A escolha do usuário-guia se fez utilizando como critério central ser um caso de alta complexidade para a rede de cuidado, em situação de crise, que traz como consequência o fato de ser um grande utilizador de práticas cuidadoras nas redes em oferta. Assim, o coletivo de pesquisadores, debruçou-se sobre vários usuários apontados pelas equipes dos CAPS dos municípios que tinham essas características, dentre eles foi escolhido o que permitiu colocar em análise os movimentos de produção de acesso e barreira construídos pelas equipes na condução do cuidado de um modo muito intenso. Tratavam-se de casos reconhecidos por todos da equipe, como de intensa gravidade e pouquíssima adesão ao tratamento, considerados de difícil condução clínica e com pouquíssimo efeito terapêutico.

A construção do coletivo da pesquisa

Inicialmente foi organizado um encontro com os apoiadores da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado e Saúde (GSM/SES), pesquisadores do LETRAS do IPUB e participantes da Linha de Pesquisa: micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, sendo os dois últimos da UFRJ. Nesta ocasião, foi apresentado o projeto de pesquisa a todos os presentes, esclarecido a dinâmica do trabalho e feito o convite para participar do mesmo.

Após a construção dos indicadores para a eleição dos municípios, a Gerência de Saúde Mental (GSM) realizou uma oficina de trabalho para definir quais municípios atenderiam aos critérios propostos pela pesquisa. Em

paralelo, foi realizada a seleção dos “pesquisadores do local”.

Foi realizado convite para as redes de saúde mental dos municípios eleitos, com o objetivo de apresentar a proposta e buscar adesão dos profissionais. Nesta reunião foram traçadas os próximos encontros, com uma equipe mínima em cada município.

Para o trabalho de campo foram selecionados, além da equipe de pesquisa, no mínimo, dois pesquisadores locais para cada município. Os critérios para a seleção desses pesquisadores foram conhecer a rede de saúde mental investigada e apresentar experiência ou formação em saúde mental e/ou em pesquisa qualitativa.

Assim, nova oficina de trabalho foi realizada com o coletivo ampliado para construir a agenda e o cronograma de trabalho da pesquisa.

Cabe lembrar que essa agenda envolveu durante os dois anos da pesquisa, encontros mensais ora com o coletivo ampliado, ora com os pesquisadores apoiadores, como também idas monitoradas, e regulares, com os pesquisadores apoiadores aos municípios pesquisados.

O objetivo dessas dinâmicas foi o de construir, de fato, um coletivo participativo e integrado a todas as fases da pesquisa. A aposta foi a de que com base nessa dinâmica todos os atores se constituiriam como protagonistas da produção do conhecimento gerada ao longo desse processo. Outro aspecto considerado foi o de que nesse processo de intensa construção coletiva surgiriam indicações sobre os próprios casos pesquisados que se revelariam como potentes ferramentas de intervenção na produção do cuidado desses usuários como também nas redes locais de saúde mental.

Foi a partir desse desenho que durante os dois anos de execução do projeto foi possível constituir não só o coletivo da pesquisa como também novos arranjos de coletivos das equipes locais.

O processo de escolha dos municípios

O processo de escolha se deu com base em duas reuniões com o grupo da GSM, do LETRAS e da Linha de Pesquisa. Foram construídos analisadores e indicadores para essa seleção. Após intenso debate entre todos os presentes foram estabelecidos os seguintes analisadores/indicadores de eleição dos municípios:

- Marcadores centrais

Diferentes modalidades de práticas substitutivas

- Marcadores coadjuvantes

População

Indicadores clínicos, epidemiológicos e de organização dos serviços

Articulação com a atenção básica

Intersetorialidade

Processos de desinstitucionalização vividos ou em curso

Números de leitos psiquiátricos

Número de internações/ano

Ou seja, os municípios deveriam se constituir como uma rede complexa em termos de cuidado em saúde mental, com ofertas muito variadas, além de serem municípios com factibilidade para execução deste projeto.

Primeiras oficinas

Foi realizado um levantamento bibliográfico e análise documental sobre a atenção em saúde mental no Brasil e no mundo procurando-se identificar os padrões de organização, oferta de serviços e de interação com a rede de saúde, definindo clusters e o tema da acessibilidade e barreiras. Com base nesses levantamentos foi realizado um encontro, já com o coletivo interessado no estudo. Nesse encontro foi consolidado não só a composição de quem se implicaria com a pesquisa de fato, como também a escolha dos seis municípios que seriam o “laboratório de campo”, que foram: Angra dos Reis, Carmo, Niterói, Queimados, São Pedro D’Aldeia e Volta Redonda.⁹

Nesta atividade estiveram presentes os coordenadores de saúde mental dos municípios eleitos, onde novamente foi apresentado o projeto da pesquisa, focando especialmente na metodologia que seria utilizada e como seria construído o nosso campo empírico de estudo.

Organizou-se um debate sobre o tema da crise em saúde mental com foco no acesso e barreira, por meio de um texto produzido pelo Prof. Dr. Ricardo Narciso Moebius, que disparou rica discussão onde foi possível ampliar o olhar do diagnóstico psiquiátrico, para uma construção de outras possibilidades de existências e modos de cuidar.

Ainda nesses encontros houve a primeira identificação

9 Em princípio, o campo foi pensado com cinco municípios, após essa reunião, optou-se por ampliar o campo acrescentando-se mais um município. Cabe destacar que após 18 meses da pesquisa, com intensa construção partilhada entre pesquisadores locais e pesquisadores apoiadores, um dos municípios se retira da pesquisa por não mais sustentar a agenda de reuniões e o cronograma de atividades propostas.

de alguns possíveis casos, partindo das indicações dos próprios trabalhadores dessa rede, considerando como critério usuários “muito loucos”, que demandavam muitas redes de cuidado e que criavam, a todo o momento, muitos problemas para as equipes em termos de construção dos modos de cuidar em saúde mental. Houve certa tensão interessante nessa atividade, representada pela presença de uma tendência de alguns sempre partirem de um olhar do diagnóstico psiquiátrico, para pensarem o que seria um “caso grave”, criando com isso uma necessidade de dar prosseguimento a essa discussão.

Outro momento importante foi a construção coletiva sobre quais seriam as funções do apoiador. Foi colocado em análise qual seria o papel do apoiador, considerando a metodologia desta pesquisa que tem a lógica de inclusão das questões no cenário. A intervenção na pesquisa não pode vir como vigilância, ou como revelação do oculto. A pesquisa deve operar nas afecções, lugar de intercessor.

Dessa forma ficou estabelecido que o apoiador deveria:

- Participar de uma reunião com a equipe do local para discutir o campo, lá no município e quem participa dele;
- Discutir com a equipe local o desenho da pesquisa e o que já tinha sido acumulado até esse momento;
- Acertar a preparação antecipada da apresentação dessa memória do pesquisador local com a equipe do serviço e reapresentar no dia da reunião;
- Construir na reunião com a equipe um cronograma de trabalho

Assim, nesse primeiro momento, foi pactuado não só

a composição de quem se implicaria com a pesquisa, mas como seriam estabelecidas as relações entre os grupos: grupo de pesquisadores, grupo de pesquisadores/apoiadores e coordenadores principais. Foi orientado também que diante de possíveis ruídos e tensões institucionais o apoiador tomaria esses acontecimentos como material da pesquisa, a ser trabalhado de forma privilegiada com as equipes locais e com o coletivo da pesquisa.

Construção dos usuários-guia

Para subsidiar essa etapa foram realizadas algumas oficinas com a apresentação da metodologia utilizada em uma pesquisa semelhante realizada em Campinas (MERHY, 2011). As atividades iniciais tiveram como foco trabalhar a forma de produção de um caso centrado no conceito de usuário-guia.¹⁰ Foi apresentada a ideia de construção de redes de conexões existenciais. Esta ideia se mostrou muito rica para compreender acesso/barreira para além da imagem de algo físico-geográfico, mas como algo que opera no modo de cuidar. Relançando o conceito de acesso como produção de vida e acesso clínico produzindo barreira existencial - barreira.

Construção de redes de conexões existenciais

Produção de vida: + ACESSO - BARREIRA

Nesse momento da pesquisa foram construídos os critérios de escolha dos usuários-guia por estações de cuidado e as maneiras de processá-los junto as equipes dos 06 municípios. Foram reforçados os critérios já ordenados desde o começo: escolher dentro das equipes, por meio de suas experiências no cuidado nos seus serviços, as situações nomeadas como casos de usuários “poucos muito loucos”.

10 coordenada pelo Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Usuários que eram grande demandantes de cuidado, inclusive na intensividade desse cuidado, pedindo muitas modalidades distintas de abordagens e ofertas, e que colocavam a todo tempo essa mesma equipe de cuidadores em cheque, nessas ofertas que realizavam.

Os pesquisadores locais voltaram aos seus municípios e definiram entre suas equipes qual seria o usuário-guia a ser pesquisado. Em uma nova oficina já com todo o coletivo, foram apresentados os casos identificados em cada município. A cada apresentação era debatido se o caso em questão de fato poderia ser tomado como um dispositivo analisador da produção de acesso e barreira das redes locais. Ao término da identificação dos 6 usuários-guias a serem pesquisados deu-se início ao estudo do que seriam as fontes a serem pesquisadas em cada caso. Assim, foram identificados os atores que seriam objetos de tratamentos com os instrumentos de entrevistas, chamados de fontes de cada caso.

A construção do “mapa nômade” da cartografia a partir do mapeamento e dos usuários-guia considerou fontes: profissionais, usuários, cuidadores, gestores e outras pessoas que de alguma forma estavam envolvidas com o objeto de investigação. O entendimento foi de que o usuário-guia, por meio da sua flexibilidade, possibilitaria cartografar, ou poderia dar visibilidade a outros territórios existenciais nos serviços de atenção em saúde mental, e para isso, não foi necessário definir à priori quais as técnicas de coleta. Ou seja, durante a fase de coleta de dados os pesquisadores puderam, a partir do encontrado, definir a pertinência do uso de: entrevistas e/ou observações, como também a busca de informações em fontes secundárias. Dessa forma, ao mapear as fontes para cada caso foi possível dar visibilidade a muitas narrativas sobre os sujeitos revelando as muitas existências de um indivíduo

em seu nomadismo e seus movimentos.

Assim, paulatinamente surgiram, em cada caso as regras de enunciação a partir da qual as fontes produziam o relato de existência do sujeito pesquisado. As entrevistas e verificação in loco foram gravadas em áudio, respeitando-se os procedimentos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com discussão sobre os objetivos e finalidades do estudo e anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Produção do kit do pesquisador

Outro momento importante foi a produção do kit do pesquisador contemplando os objetivos da pesquisa e preparação das equipes de investigadores para o trabalho de campo. Os documentos contidos no kit, já mencionados anteriormente, foram: a pesquisa, carta de apresentação, os termos de consentimento (secretário; usuário e familiares; profissionais de saúde), perfil dos municípios e toda a informação do caso e serviço, roteiro de entrevistas a serem realizadas com base na identificação das fontes.

Essas fontes foram divididas em:

- Cuidador eventual – profissional de qualquer rede de saúde que tenha tido contato com o paciente.
- Cuidador de referência – profissional da rede de saúde mental.
- Prontuário – registro escrito por profissionais de saúde em documento das instituições e serviços de atendimento do usuário-guia
- Outras conexões– alguém que tenha se comunicado com o paciente fora da instituição como, por exemplo, no

ponto de ônibus. Dessa forma, se tem a noção de usuário nômade, sem estar preso à instituição.

- Familiares – pessoas com algum grau de vínculos mais íntimos com os usuários guia
- Conexões institucionais – atores de diferentes esferas institucionais que possuem funções estabelecidas e relações com os usuários guia

Nesse momento foi enfatizada a importância de explorar todas as informações do possível caso e, do serviço. Esses documentos foram reunidos em duas vias, uma sobre a responsabilidade dos pesquisadores locais e outra com os apoiadores. Após esse movimento, cada município se reuniu com os seus apoiadores para dar início a construção das cartografias das linhas de conexão e de cuidado de cada caso.

Os movimentos cartográficos nômades da construção das redes de conexões existenciais

Com base nos movimentos de produção das fontes para cada usuário-guia aos poucos foram sendo reveladas novas conexões existenciais e formas de circulação dos usuários em seus respectivos territórios. Essas redes de conexões puderam ser visualizadas e partilhadas no coletivo de pesquisa na medida em que cada município apresentava, nos encontros mensais, as suas cartografias trabalhadas.

Assim, todos perceberam a potência dessa metodologia para conseguir mais informações a respeito do caso. Em todos os municípios ficou clara a importância dessa dinâmica, de cartografar, para saber quem entrevistar e

assim prosseguir com a investigação. Rolnik (2006¹¹) chama a atenção para esse singular modo do cartógrafo se constituir no próprio processo de produção do conhecimento a que está exposto, bem como a construção de seus eixos guias, suas cartas náuticas, ou seja, suas caixas de ferramentas de trabalho.

Nesses movimentos foi possível emergir narrativas que não haviam sido documentadas. Informações que surgiram e que não havia qualquer registro sobre elas. Tratam-se das narrativas e ou práticas languageiras, ou seja, produção dos acontecimentos na hora em que estes são relatados para alguém. Este tipo de narrativa/prática traz o sujeito para outro lugar, retirando-o do lugar de profissional que fala e vai para o languageiro. O esclarecimento da importância da narrativa do languageiro fez com que o coletivo, de forma geral, conseguisse identificar o quanto de material sobre o caso já se tinha disponível e que não fora considerado como fonte de conhecimento e, conseqüentemente, não fora registrado. (DELEUZE e GUATTARI, 1995¹²)

Dessa forma o coletivo foi se apropriando de determinados conceitos que, por sua vez, foram colocados nas “caixas de ferramentas” (MERHY e ONOCKO, 1997¹³) dos pesquisadores locais e apoiadores.

Após a produção dos movimentos cartográficos dos municípios pesquisados deu-se início ao processo de construção coletiva da fase final da pesquisa. Nessa etapa foi realizada uma oficina ampliada com todos os municípios envolvidos de modo a apresentar as cartografias produzidas para cada usuário-guia. As apresentações foram mediadas por um intenso debate que procurou identificar os

11 ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989

12 DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. São Paulo: Editora 34, 1995.

13 MERHY, E.E. e ONOCKO, R.. **Agir em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

processos de pesquisa em cada município e os resultados encontrados.

Em seguida a essa oficina, foram realizadas mais 5 oficinas temáticas, por município, para a análise em separado dos dados de cada rede local. Cabe ressaltar que apesar de realizadas separadamente, todo o coletivo foi convidado a participar. Dessa forma, foi produzido o Relatório Final, assim como a preparação de material para a realização de um seminário realizado com a participação de representantes dos serviços analisados na pesquisa, o grupo de pesquisa, representantes da gestão municipal de saúde e convidados estratégicos. O Seminário teve como objetivo difundir os resultados do trabalho e fomentar discussão ampliada sobre o tema. Foi um momento muito importante para todo o coletivo da pesquisa e para a gestão estadual. Novas questões foram produzidas, o universo inicial da pesquisa foi ampliado, outros movimentos nas redes de atenção em saúde mental disparados e, novos desafios colocados. Essa publicação é um dos movimentos disparados nesse processo.

Boa Viagem!

Emerson Merhy e Paula Cerqueira - 2014

Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção

Paula Cerqueira, Emerson Merhy, Ermínia Silva, Ana Lúcia
Abrahão, Leila Vianna, Mônica Rocha, Nereida Santos,
Magda Chagas, Cláudia Tallemborg, Maria Thereza Santos,
Angela Carla

A relação pesquisador e objeto a ser pesquisado constitui um ponto delicado e tenso na produção do conhecimento, nos diferentes campos e áreas do saber. De forma frequente, a direção do trabalho investigativo centra-se em processos de desimplicação e afastamento do objeto a ser pesquisado, por quem o pesquisa. Esta forma do fazer científico reconhece e assegura a importância de uma dada neutralidade do pesquisador neste processo, mais do que isso, afirma um caminho de produção de generalizações e verdades universais sobre o objeto.

Entretanto, podemos reconhecer outros caminhos e modos de produção de conhecimento que incluem

o pesquisador e objeto em um mesmo processo, indo além em uma produção intrínseca e intercessora. Pesquisador/objeto não se diferenciam na construção e no fazer investigativo. O resultado deste processo costuma reverberar e ecoar em várias direções, produzindo efeitos e diferentes regimes de verdades que não necessariamente produzem certezas e categorias de descrição de termos sobre o objeto pesquisado, mas novas perguntas e reflexões sobre o próprio objeto. Ou seja, não só produzem novas visibilidades e dizibilidades como também engendram processos inusitados de subjetivação, com a criação de outros sentidos no próprio processo instituinte da pesquisa.

Michel Foucault (1995), em *Verdade e Poder*, estabelece uma nova conexão entre produção de verdade e as relações de saber – poder, potencializadoras de nossas discussões nesta pesquisa. A verdade é mundana, isto é, pertence a este mundo (e não o sobrevoa, como se o fitasse à distância). Assim, cada sociedade apresenta seu regime de verdade, numa espécie de “política da verdade”, que se traduz como os tipos de discursos que, historicamente, ela acolhe, faz funcionar e aqueles que ela rejeita, estabelecendo uma série de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso, atribuindo ao verdadeiro efeitos específicos de poder, produtores da circulação, funcionamento e gestão dos enunciados. (FOUCAULT, 1995)

Nesse texto, discorreremos sobre os efeitos do processo investigativo da pesquisa, ao invés dos seus resultados como recorrentemente se espera de um artigo. Nessa opção de encaminhamento do artigo fazemos uma marcação importante, qual seja: o deslocamento na relação pesquisador e objeto a ser pesquisado. Esse deslocamento fornece uma outra perspectiva na experiência de pesquisa, pois ao recolher os efeitos assumimos que estes incidem, em ato, no processo da própria pesquisa, sobre o objeto. Deste

modo não há como segmentar o processo de investigação, ele próprio é o que constitui o seu objeto.

É essa experimentação que interessa nesse material sobre a pesquisa. A experimentação de uma investigação dessa natureza tem consequência, não só porque os seus efeitos incidem sobre o objeto, mas, sobretudo por poder deslocar a vista do ponto de vista do pesquisador. Uma pesquisa que prescinde de condições ideais e controle de variáveis, no entanto se sustenta pela aposta de seus pesquisadores e suas implicações.

A nossa aposta. O intercessor na produção da pesquisa

“(…) se a algo se deve remeter ao conceito deleuze-guattariano de intercessor é ao verbo interceptar, com suas conotações de deriva, devir, desvio; ou, paralelamente, ao verbo interceder, menos por suas ressonâncias religiosas do que pela função de correlação recíproca que implica – em um “ceder entre”, nada se preserva como antes do próprio ato. (...)” (RODRIGUES, 2011 p:236)

Logo no início da pesquisa, em ato, no encontro com os diferentes campos, indagávamos sobre quais sentidos e apostas iríamos operar junto aos coletivos e equipes de saúde. O que se aposta numa pesquisa no encontro entre pesquisadores e os diferentes territórios em processo de criação? Quais políticas de produção de verdades acolhemos e abolimos? Quais linhas de saber-poder e valores são tomados e desviados, potencializando o cuidado e a produção da vida em sua dimensão singular?

A palavra aposta encerra uma multiplicidade de sentidos experimentados ao longo deste estudo, apontando

certo movimento de deriva, variação, “um ceder entre”, pesquisadores, campo e objeto. Ferreira,(1999) apresenta alguns sentidos do termo. A aposta pode ser compreendida como jogo, disputa, “ajuste entre pessoas de opiniões diversas onde o ganho depende do resultado da partida”. Pode expressar desejo de “afirmar, sustentar, empenhar-se, aperceber-se e dispor-se , como na frase: Apostaram-se para resolver o problema”. Também pode encerrar o sentido de “fixar-se ou colocar-se no seu posto” Tomamos as diversas acepções de “ apostas” , como superfície em constante variação, diagrama, jogo de forças, entre diferentes linhas: de afirmação, de percepção, de fixação e de sustentação, que atravessaram os percursos-vida de usuários e repertórios clínico-institucionais das redes de cuidado em todo o processo da pesquisa. (FERREIRA,1999,p:170)

A principal aposta sustentou-se no desejo de construir um processo, no qual nos produzimos como pesquisadores nessa experimentação. Que todo pesquisador é um sujeito epistêmico na sua formação não temos dúvidas. No entanto o revelador para nós, sujeitos pesquisadores, foi perceber os atravessamentos de nossas implicações com o tema da pesquisa. Nós, pesquisadores na dobra do sujeito do epistêmico e implicado. Nós pesquisadores no entre do saber e fazer. A micropolítica do trabalho e cuidado em saúde se dá no espaço desse entre, fazer e saber, nessa dobra. O trabalho vivo em ato, em saúde tem essa condição, o saber se institui a partir do encontro com o outro, pois todo e qualquer trabalho em saúde se faz no encontro, com o usuário. (MERHY,2007)

“(...) olha que interessante, essa pesquisa dispara zonas de visibilidade não só na produção do cuidado, ela dispara na gestão, na produção da gestão, na produção da gestão pra dentro do município, pra dentro do estado Em um município ela dispara fontes

de conexão do paciente em diferentes redes para além da saúde. Em um outro ela dispara questões sobre o trabalho em equipe e a gestão do cuidado no cotidiano. Em outro ela abre a possibilidade de olhar para a produção de coletivos e para a forma como cada um se coloca nesse coletivo. Em outro como nós da equipe de apoio nos colocamos na conexão com os municípios e suas equipes. Essa pesquisa não é uma entidade, a pesquisa é feita por nós”.(PPSUS,2013-pesquisador local)

Cabe aqui destacar a dimensão de encontro que pretendíamos sustentar ao longo da pesquisa: seriam quaisquer tipos de encontro que contagiariam os pesquisadores e trabalhadores de mundo? Aqui utilizamos o conceito de encontro em Spinoza a partir da leitura que Deleuze faz de sua obra. Encontro é algo que faz os corpos colidirem mesmo sem contato visceral, direto, físico, mas que altera os corpos, afetando-os , efetuando não só a mistura dos mesmos, mas modificando-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo, forjada em ato. Deste modo, o usuário também é produtor de saber, contudo, saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida. Saber imprescindível para os arranjos das tecnologias leves. (MERHY,2007)

Essa mesma direção se aplica a atividade de pesquisa, pois se na relação do pesquisador e objeto pesquisado não se produz o espaço do entre, saber e fazer caímos inevitavelmente em duas situações, a saber: a redutibilidade do objeto de pesquisa uma vez que se subtrai todo e qualquer processo de subjetivação, daí tornar-se um objeto, e o não reconhecimento da intensa produção de conhecimento que está cravado no mundo do trabalho em saúde. Essa aposta toma certo empréstimo das ideias

e imagens de Carlos Matus no planejamento estratégico situacional ao afirmar que planeja quem faz e não quem formula. (1993)

(...) planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, (...), no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto. (MATUS,1993,p:13)

A investigação (produzida) partiu deste núcleo da produção de conhecimento, que se centra na experiência. O conhecimento não é só o que é formulado a partir da reflexão, do exercício com o pensamento e formulações teóricas nos textos e artigos acadêmicos. Essa pesquisa nos convidou a traçar outro caminho epistemológico a partir daquilo que decorre da e na experiência do outro em nós e na experiência de nós no outro .

“(...) A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça.(...) Nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara” (LAROSSA, 2002, p:2)

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos

submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo. (HEIDEGGER apud LAROSSA,2002, p:2)

Conhecimento como produção

Essa produção intensiva de conhecimento que se faz no ato do cuidado, foi o nosso caminho. Traçar determinados caminhos e produzir conhecimento a respeito de algo pressupõe a adoção de um método. Neste texto apresentamos algumas problematizações com relação ao método na medida em que trazemos não só para a cena as linhas de força que o constituem, sociais, políticas, culturais; como o entendimento de conhecimento não como fim, mas como processo em produção.

Um vetor orientador desta pesquisa é a ideia de cuidado como produção da vida. Como se articulam conhecimento/ pensamento e vida? Quais sentidos e valores atribuímos a esta tríade?

Deleuze (1976) a partir de uma leitura de Nietzsche, realiza uma crítica ao conhecimento e a sua pretensão de opor-se à vida., de tomar a si mesmo como uma finalidade, e desta forma, medir e julgar a vida, tornando-se um legislador. O conhecimento que se contrapõe a vida é porque expressa um modo de vida que contradiz a própria vida, uma vida reativa que encontra no conhecimento sua força de conservação:

Assim o conhecimento dá à vida leis que a separam daquilo que ela pode que a impedem

de agir e lhe proíbem agir, mantendo-se no quadro estreito das reações cientificamente observáveis: mais ou menos como o animal no jardim zoológico. (...) Mas deste modo a crítica do próprio conhecimento, não exprimirá novas forças capazes de dar um outro sentido ao pensamento? Um pensamento que iria até o limite daquilo que ela pode. Em vez de um conhecimento que se opõe à vida, um pensamento que afirmaria a vida. A vida teria a força ativa do pensamento e o pensamento o poder afirmativo da vida. Ambos estariam orientados no mesmo sentido, implicando-se mutuamente, eliminando limites, um passa o outro, no esforço de uma criação inaudita. Pensar/conhecer significaria o seguinte: descobrir, inventar novas possibilidades de vida. (...) Noutros termos, a vida ultrapassa os limites que o conhecimento lhe fixa, mas o pensamento ultrapassa os limites que a vida lhe fixa. O pensamento deixa de ser uma ratio (razão), a vida deixa de ser uma reação. O pensador exprime assim a bela afinidade do pensamento e da vida: a vida faz do pensamento qualquer coisa de ativo, o pensamento faz da vida qualquer coisa de afirmativo. (DELEUZE, 1976, p: 150- 152).

Conhecer essa produção no campo do cuidado só seria possível se conseguíssemos construir a pesquisa junto com os trabalhadores no cotidiano. E assim começamos a viagem, e, junto a Coordenação Estadual de Saúde Mental convidamos os trabalhadores dos serviços municipais que estivessem interessados em construir um projeto de pesquisa a várias mãos.

O intercessor território, como tensor na pesquisa

Outra aposta importante foi o de tomar em análise a ideia de território contrária ao formato rígido e geográfico. Esse foi dos principais pilares da pesquisa. Na realidade, os usuários dos estabelecimentos de saúde, em geral, buscam formas de vínculos aos territórios de modos muito singulares. Tomam, de um lado, o território geográfico socialmente constituído para si como referencial e assim, o seu bairro e o que há de equipamentos institucionais são referencias. De outro lado, ele em si mesmo é um território existencial, subjetivo e cultural, que vaza o geográfico e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços materiais que não seu bairro ou seu lugar de trabalho. (MERHY,2002).

No texto Abecedário, Deleuze fala da territorialidade do animal e do homem. O primeiro demarca seu território com os rastros de seu corpo: pegadas, odores, secreções, e quando sai do seu território, estranha os espaços, se incomoda desacomodando-se, experimentando outros lugares. O homem também produz os seus rastros, mas ao contrário, “não tem um mundo”, mas “vive a vida de todo mundo”. Trata-se, portanto, de uma primeira distinção entre as duas territorialidades. (HAESBAERT; BRUCE, G, s/d, p.05). O território só vale no movimento do qual se sai. Não há território sem um vetor de saída, sem desterritorialização, sem nomadismo. O vetor de saída, pode ser compreendido como um tensor, um des-dobramento no próprio território. Como efeito, o território jamais é dado a priori, mas se dá em constante processo de produção, cadenciando momentos de variação e permanência. O território, paradoxalmente, se produz por movimentos de desterritorialização e reterritorialização:

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso

que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.323)

No campo do cuidado em saúde mental, esta situação é uma característica muito marcante. O (seu) usuário é um nômade pelas redes de cuidado e um forte protagonista de sua produção (LANCETTI, 2006). De forma bem frequente é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões. O território tomado como produção de agenciamentos, majoritariamente desconhecido para as equipes de saúde, instaura uma rede rizomática¹⁴, não linear que não se apresenta capturada em um território único, em um espaço geográfico definido. Como um nômade, o usuário, produz e protagoniza de forma singular os acontecimentos, no seu processo de cuidado (BERTUSSI e cols, 2011). Nômades na produção de suas vidas e, por isso mesmo capaz de circular em territórios, muitas vezes imperceptíveis para as equipes de

14 O rizoma não possui centro, nem ordenamento preestabelecido, ele é iminentemente heterogêneo, cada ponto do rizoma se conecta a partir dos afetos e potencialidades, e se produz, de forma imanente no caminhar do próprio usuário. Se contrapõe a uma rede do tipo “arborescente”, onde esta apresenta uma centralidade, preestabelecendo fluxos e percursos do usuário, com forte caráter ordenador, normativo, homogêneo, e pouco permeável aos afetos e ao território existencial do usuário. (DELEUZE & GUATTARI, 1995, pag: 15)

saúde, produzindo múltiplas conexões na vida.

Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam, convidam às equipes a esta mesma experimentação desterritorializante. Aceitar este convite, e sair de territórios pré-concebidos que estabelecem “repertórios de cuidado” marcadamente definidos, cujos rastros remetem ao já-conhecido (por exemplo: rastros do especialismo de cada profissão e de suas respectivas competências) não é tarefa simples. Produz nas equipes intensos processos de angústia, mortificação e sofrimento.

Contudo, se as equipes não apostam neste movimento de des-territorialização¹⁵ de si e dos usuários, entendido como ato de sustentar, dispor-se e aperceber-se no encontro de situações irremediavelmente complexas, mas, ao contrário, no sentido de fixar-se e manter-se “no seu posto” - na defesa de territórios identitários, refratários às afeções do mundo, corre-se o risco então, da atualização das práticas de institucionalização e encarceramento das subjetividades e da produção do cuidado.

A acessibilidade como analisador

Tomar o conceito de acessibilidade como operador do cuidado também foi outra aposta significativa desse coletivo de pesquisadores. A acessibilidade foi tomada não como algo físico, produtor de fluxos e protocolos burocratizados e sim como um operador do cuidado a ser produzida ou

15 Des-territorialização, reforçando um duplo movimento, uma dobra, um estreitamento, um território e concomitantemente um desdobrar-se, como movimento de expansão, de saída de um território para experimentação e criação de novos territórios.

não no encontro entre aquele que cuida e aquele que é cuidado.

A acessibilidade revelou-se como um potente analisador¹⁶ da prática cotidiana do cuidado. Quantas vezes o acesso ao serviço na realidade se revela como produção de barreira no cuidado, isso foi bastante significativo em nossa pesquisa. Não foram poucas as vezes que nos encontramos com situações tensas, de difícil manejo no cuidado que operavam em grau máximo de produção de barreira, impedindo, em alguns casos a própria circulação dos usuários na rede de atenção psicossocial. O resultando era uma linha de cuidado centrada na internação ou na falta de conectividade da equipe com os usuários e suas redes. Dar visibilidade a essas formas de produção de barreira não foi fácil para nenhum de nós, sobretudo para as equipes dos serviços que viviam, em algumas situações, em grau máximo de tensão, despotencializadas e, com baixa capacidade de fabricar novas estratégias de produção de vida. O acesso que traduz a nossa aposta é a produção de novos sentidos no viver.

Neste contexto tornou-se fundamental colocar em análise como se dava o acesso dos pacientes as suas respectivas redes de cuidado de saúde mental no estado, sobretudo nas situações de crise. Conhecer o modo de funcionamento dessas redes no manejo das situações de crise revelou inúmeras situações vividas por usuários que apontaram de que modo a acessibilidade se configurou tanto como uma positividade, ao se garantir em muitas situações o benefício do cuidado necessário e pertinente, quanto como negatividade ao apontarem que mesmo em situações aparentemente tão ímpar em termos de ofertas,

16 “(...) Assim, mostramos como o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali mas não tão visíveis. Como diz Lourau: um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo”. (MERHY e FRANCO, 2007:2)

em quantidade e qualidade de cuidado, há a produção de barreiras efetivas ao acesso que se precisa.

As ordens dessas situações foram muito variadas e vividas de modo muito singulares pelos usuários que estão vinculados a rede de saúde mental desses municípios. Porém, algumas dessas situações foram bem analisadoras para todos nós. Principalmente para aqueles que nos seus modos de “andar pela rede de cuidado” foram apontando de maneira muito ruidosa as dinâmicas de acesso, nas positivities e negatividades.

Sem dúvida, um dos efeitos da pesquisa em nós foi conhecer bem de perto um grupo de usuários muito comprometidos na sua autonomia, no seu caminhar a vida no dia a dia, pela sua condição de ser um cidadão que vive com sofrimento mental de modo intenso e muitas vezes com riscos de perda significativa da autogestão no seu viver.

Como já foi apontado no começo, alguns desses usuários quando necessitam entrar para outras redes de cuidado não tipicamente da saúde mental, vivenciam situações muito traumáticas em termos de acesso a bons cuidados.

Muitas vezes, um usuário um pouco mais agressivo ou ansioso, ou em situação de desagregação e grande desorganização psíquica, experimentadas com intenso sofrimento, provocam nas equipes a produção de periculosidade frente ao outro, capaz de trazer para a cena atitudes de discriminação, capturando as diversas possibilidades de encontro em ato, num processo de sobrecodificação e reificação deste outro. Em alguns momentos explodiram situações muito ruidosas no campo da acessibilidade capazes de mobilizar intensamente as equipes e colocá-las em disputa por planos de cuidado que não traziam para o centro do problema estratégias que

sustentassem a conexão com os pacientes. O resultado em algumas dessas situações foi o de revelar certo mapa de abandono, deslocando o foco do paciente para a equipe em uma espécie de disputa por quem deveria ser mais cuidado, ou ainda, a sensação de profunda solidão de alguns dos componentes de algumas equipes. Construir esses mapas analíticos do cuidado não foi tarefa fácil e exigiu de todos nós uma delicadeza para não produzir narrativas universais, prescritivas, sobre o que seria O CUIDADO, O TRABALHO DE EQUIPE, O SERVIÇO DE SAÚDE, transformando-os em categorias e essências à priori, reduzindo ou mesmo anulando a produção da diferença e da singularidade nos encontros e territórios. De um modo geral foi possível perceber um deslocamento das equipes quanto a forma de falar sobre seus usuários, mas também a forma de se verem e se produzirem como cuidadores.

No início em todas as situações havia uma forte marcação identitária, na qual o paciente era definido a partir de uma narrativa única: “P. tem distúrbio de comportamento”; “F não adere ao tratamento”. “G não é perfil para o CAPS”. “M não tem autonomia”. Aos poucos essas histórias únicas, na medida em que a pesquisa era produzida, deram lugar a uma rede de pertencimento, de conexões, de múltiplas histórias em rede. Rede essas que antes, em sua maioria, operavam de forma invisível para as equipes. O interessante é que um dos efeitos desse deslocamento foi o de produzir coeficientes de transversalidade nas redes ampliando o acesso ao cuidado e a novas fabricações de linhas de cuidado capazes de sustentar esses casos em dispositivos no território.

Os efeitos da pesquisa em nós: a fabricação dos intercessores

“(...) Agente não conhece suficientemente esse outro na produção de sua própria vida.”

Não menos relevante que as nossas apostas na pesquisa foi constatar que aquele que identificamos como um paciente grave, com pouca autonomia é muito rico na produção da vida de si.

Isso traz consequências e produz um deslocamento importante para a direção do cuidado. Tivemos algumas experiências reveladoras nesse sentido, nos deparamos com mediadores oriundos das relações interpessoais dos próprios usuários, os quais produzem cuidado de forma espontânea e compartilhada com estes. Deparamo-nos com narrativas desses mediadores a nos dizer que aquele usuário, que até então era reconhecido pelas equipes e pela rede como restritivo e de pouco acesso e adesão ao tratamento, mostrava-se um sujeito capaz de tecer expectativas e desejos a respeito da sua própria vida e mais ainda com a capacidade de estabelecer relações afetivas e de cuidado para consigo e para com outro. Os usuários sabem de suas próprias vidas, a conhecem, sabem de si. Mas o saber de si, passa sempre pelo saber sobre o outro, e nesse jogo a pesquisa nos proporcionou outra perspectiva. Supõem-se saber algo sobre os usuários, eles também sabem sobre nós e sobre o serviço. Dito de outro jeito, os equipamentos e serviços não são meras paisagens de estações por onde os usuários fazem baldeações. Essas paisagens são, sobretudo, produtoras de territórios existenciais, territórios de relações micropolíticas e afetivas, isso tanto para fazê-lo restritivo e ilhas de sofrimento agudo quanto para fazê-los expansão devida e encontros.

“(…) Este outro a quem é dado um diagnóstico conhece a gente muito melhor do que o conhecemos, o quanto mesmo ele produz vida muitas vezes não temos a mínima noção disso”. (PPSUS,2013-pesquisador local)

Deste modo, foi revelador descobrir o quanto os usuários conhecem seus cuidadores e suas respectivas referências. Os conhecem não só no sentido de saberem quem são, de os identificarem nessas funções, evidencia-se que o usuário forja um saber também sobre o outro. E isso é fundamental, pois os usuários também são produtores de afecções em nós. Tomar isso como analisador no plano de cuidado é tomar a produção de vida como foco do cuidado.

No processo da pesquisa, conforme as fontes secundárias foram produzidas, no caminhar do caso de mãos dadas com o usuário, a descrição do caso se apaga, as categorizações se desfazem na medida em que não são mais identitárias. As fontes secundárias, as entrevistas com suas narratividades implodem o caso. Não temos mais um fulano, ou outra psicose, não há um sujeito, mas uma multidão. O que isso quer dizer? Quer dizer que temos uma multidão de conexões na produção de muitos sujeitos, na medida em que se visibiliza uma complexa rede de afetos e conexões na diversidade singular que comporta cada relação. Vê-se uma cartografia de afetos com muitas rotas, as quais não pedem licença para produzir interferência e, marcar uma diferença entre os projetos terapêuticos prescritivos e acachapantes que ainda operam nos territórios de cuidado.

Bibliografia

BERTUSSI, D.; BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas**

de saúde, 2011. p.306-324. Online: disponível em www.ims.uerj.br/CAPS.

BONDIA, JORGE LARROSA Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2002, n.19, pp. 20-28.

DELEUZE, G. **Nietzsche a e filosofia**. Trad. Ruth Joffily e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.

----- **O abecedário de Gilles Deleuze**. Entrevista com G.Deleuze. Editoração: Brasil, Ministério da Educação, TV Escola, 2001. Paris: Éditions Montparnasse, 1997, VHS, 459min
DELEUZE, G. Espinosa: filosofia prática. Ed. Escuta. São Paulo, 2002.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

FAPERJ/PPSUS – **Acessibilidade na Atenção a Crise nas Redes Substitutivas de Cuidados em Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro**, relatório final, 2013 (mimeo).

FERREIRA, ABH, **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p. 214 Ed Nova Fronteira, 3ª edição, Rio de Janeiro,1999.

FOUCAULT, M, Verdade e Poder, in Machado, R, **Microfísica do Poder**, Ed Graal, Rio de Janeiro, 11ª Edição, 1995.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografia do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.

HAESBAERT, R; BRUCE, G. **A desterritorialidade na obra de Deleuze e Guattari**. Disponível em: <www.uff.br/geografia/ojs/index.php/geografia/article>. Acesso em: 20 jan 2012

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. Hucitec. SP. 2006.

MATUS, C. **Política e Planejamento de Governo**. Brasília.

Editora IPEA, 1993.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**, 2007. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/paginadomerhy/>>.

_____ e Franco, T.B – **Mapas analíticos**, um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/paginadomerhy/>>.

RODRIGUES, H.C.B, **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 6(2), São João del-Rei, agosto/dezembro 2011 p..236

CRISE – Um conceito constitutivo para a saúde mental

Ricardo Moebus

As reflexões que se seguem são fruto de uma etapa integrante do rico debate que se estabeleceu a partir de uma pesquisa sobre acesso e barreiras ao atendimento em saúde mental no Rio de Janeiro, durante a qual este mesmo conceito crise se apresentou como importante ferramenta delimitadora do próprio objeto desta pesquisa, assim como, se prestava a ser decisivo na definição de critérios de eleição de clientela e organização de serviços e redes de serviços em saúde mental.

Começo resgatando algumas indicações que Foucault nos dá da função deste conceito na história médica e psiquiátrica, indicando dois pontos que podem nos ajudar particularmente a delinear a importância e amplitude da noção de crise.

O primeiro ponto é que, na velha medicina das crises, seja grega, latina ou medieval, sempre há um momento em que a verdade da doença aparece, e este momento é

precisamente a crise, e não há nenhum outro momento em que a verdade da doença possa ser de tal forma apreendida. (FOUCAULT, 2006)

O interessante é que Foucault se utiliza deste exemplo da velha medicina das crises para demonstrar uma passagem da tecnologia da verdade-prova ou verdade-acontecimento, para outra tecnologia da verdade-conhecimento, verdade que se constata, a verdade da demonstração. Temos então esta dicotomia, por um lado, uma verdade demonstração, e por outro, esta que não é dada na forma da descoberta, mas na forma do acontecimento, que não é da ordem do que é, mas da ordem do que acontece, uma verdade descontínua que poderia ser chamada, nas belas linhas de Foucault, de verdade-raio, por oposição à verdade-céu, demonstrativa, constante, constituída, que está universalmente presente, como sintetiza Foucault:

“Eu gostaria de fazer valer a verdade-raio contra a verdade-céu, isto é, mostrar por um lado como essa verdade-demonstração – cuja extensão, cuja força, cujo poder que ela exerce atualmente é absolutamente inútil negar -, como essa verdade-demonstração, identificada, grosso modo, em sua tecnologia, com a prática científica, como essa verdade-demonstração deriva na realidade da verdade-ritual, da verdade-acontecimento, da verdade-estratégia (...).” (FOUCAULT, 2006.p. 303)

Pois bem, Foucault indicará que na prática médica, na relação que o médico estabelecia com a doença, algo permaneceu desde Hipócrates até o século XVIII como representante desta verdade-prova, irreduzível à verdade demonstrativa, e este algo é a noção de crise, e as práticas médicas que se organizaram a partir desta noção. (FOUCAULT, 2006)

E isto, esclarece Foucault, porque a crise, ao longo da tradição médica, permaneceu sendo, durante talvez vinte e dois séculos, o momento em que se pode decidir a evolução da doença, em que se pode decidir entre a vida ou a morte, ou a passagem ao estado crônico, o momento que pode ser chamado propriamente de evolução, o momento do combate, da batalha, ou, melhor ainda, o momento na batalha em que ela se decide. Portanto, é no momento preciso da crise que a doença eclode em sua verdade, se produz no que é sua verdade, sendo aí a ocasião de intervir.

A crise se constitui, nesta perspectiva denominada técnica da crise, praticamente no único viés pelo qual se pode agir sobre a doença. As crises, com suas variáveis de tempo, intensidade, tipos de resolução, definirão as maneiras como e quando se deve intervir. A κρίσις grega, que significa “julgar”, tomada de empréstimo do vocabulário jurídico, designa o momento crucial em que se produz, na evolução de uma doença, uma mudança decisiva, conferindo ao médico um lugar muito mais de gerente ou árbitro da crise.

Acontece então, seguindo mais adiante esta arqueologia da noção de crise, que em fins do século XVIII, com o nascimento da anatomia patológica, por um lado, e com o aparecimento de uma medicina estatística, por outro, vai se formando uma tecnologia da constatação e da demonstração que prescindirá totalmente das técnicas da crise como produção da verdade-acontecimento.

Temos então, o desaparecimento da noção de crise na medicina geral neste momento do final do século XVIII, em que impera a passagem da tecnologia da verdade-acontecimento à verdade-demonstração, a partir da implantação extensiva e intensiva do inquérito generalizado:

“Vale dizer que em todos os momentos e em todos os lugares do mundo, e a propósito

de toda coisa, pode-se e deve-se colocar a questão da verdade. Há verdade em toda parte e a verdade nos aguarda em toda parte, em todos os lugares e em todos os tempos. Eis, muito esquematicamente, o grande processo que levou a essa reversão de uma tecnologia da verdade-acontecimento a uma tecnologia da verdade-constatação.” (FOUCAULT, 2006. p.316)

O segundo ponto primordial em relação à noção de crise, ainda com Foucault, é que na constituição da psiquiatria clássica, neste mesmo momento de fins do século XVIII e século XIX, o destino dessa noção de crise não será exatamente o mesmo que para a medicina em geral.

Por um lado, sendo o hospital psiquiátrico, como qualquer outro hospital, um espaço de inquérito e inspeção, um lugar inquisitorial, tenderá a fazer desaparecer a crise, buscando excluir, extirpar a crise como acontecimento no interior da loucura e do comportamento do louco.

Essa exclusão se processará primeiro porque o hospital funciona como sistema disciplinar, impondo ordem, regime, regulamento. Logo, no espaço disciplinar do asilo não poderá haver crises, ou as mesmas serão severamente combatidas.

Em segundo lugar, será através do recurso constante à anatomia patológica, às necropsias na prática asilar que se buscará a verdade da loucura, e neste sentido, haverá uma rejeição teórica da crise, uma vez que esta, enquanto momento de eclosão da verdade da loucura, encontrou-se epistemologicamente superada.

Em terceiro lugar, será o problema da relação entre crime e loucura que reposicionará a crise, uma vez que, a partir de 1820-1825, pelo menos na França, pode-se

observar nos tribunais um movimento de reivindicar para a doença mental o próprio crime:

“Diante de qualquer crime, os psiquiatras faziam a pergunta: será que não é um sinal de doença? E foi assim que se construiu essa curiosíssima noção de monomania que, esquematicamente, quer dizer o seguinte: quando alguém comete um crime que não tem nenhuma razão de ser, nenhuma justificação no nível de seu interesse, o simples fato de cometer esse crime não [seria] o sintoma de uma doença que teria fundamentalmente por essência ser o próprio crime?(...)” (FOUCAULT, 2006. p 309-320)

Trata-se, nesta reivindicação do crime para a doença mental, não tanto de demonstrar que todo criminoso é um possível louco, mas, sobretudo, de que todo louco é um possível criminoso, e assim, poder justificar a fundação do poder psiquiátrico em termos de perigo: estamos aqui para defender, proteger a sociedade.

“Logo, podemos dizer que o sistema disciplinar da psiquiatria tem essencialmente por efeito fazer a crise desaparecer. Não só não se precisa, mas não se quer a crise, pois a crise poderia ser perigosa, pois a crise do louco talvez seja a morte do outro. Não se precisa da crise, a anatomia patológica a dispensa, e o regime da ordem e da disciplina faz com que a crise não seja desejável.” (FOUCAULT, 2006. p.320)

Acontece, porém, que toda esta tentativa do saber psiquiátrico fundar-se como verdade a partir da anatomia patológica, ou do regime disciplinar, ou da imposição da calma aos loucos, fracassa, não conseguindo construir-se com base no modelo da medicina-constatação, de inquérito, da demonstração.

Sendo assim, a psiquiatria, não conseguindo acompanhar a grande atividade médica do diagnóstico diferencial, no século XIX, recorrerá novamente à crise. Mas, agora, inventando uma nova crise que se joga entre o louco e o poder que o interna, tornando o hospital psiquiátrico em um lugar para dar realidade à loucura.

“O hospital psiquiátrico existe para que a loucura se torne real, enquanto o hospital comum tem por função ao mesmo tempo saber o que é a doença e suprimi-la. O hospital psiquiátrico tem por função, a partir da decisão psiquiátrica quanto à realidade da loucura, fazê-la existir como realidade.”
(FOUCAULT, 2006. p.323)

Temos desta forma, uma dupla posteridade para a noção clássica de crise na medicina. Por um lado, sua superação pela anatomia patológica como verificação, constatação, demonstração da verdade, como posteridade médica. Por outro lado, sua substituição, na psiquiatria, da velha prova de verdade, por uma nova prova de realidade da loucura.

Esta posteridade específica da psiquiatria permitirá a perpetuação de uma relação bastante dual e ambígua com a crise, já que é pela crise que se passa a justificar as internações, a existência dos asilos, como uma gestão dos riscos, em defesa da sociedade. E, ao mesmo tempo, a função do regime disciplinar é anular, apagar, excluir as crises.

Quando então, bem mais tarde, a Reforma Psiquiátrica pensou seus dispositivos para produzir a superação dos manicômios, ela retomou fortemente toda a polêmica das crises como ponto crucial a ser enfrentado na construção das suas alternativas ou inovações substitutivas.

É nesta linha que temos a produção teórica e real dos CAPS, Centros de Atenção Psicossociais, como elementos centrais na reorganização assistencial das redes de atenção em saúde mental, tendo como uma característica destes novos serviços, mais uma vez, terem sido planejados como serviços de atenção às crises.

Mas com qual referência conceitual estes serviços se organizam em função da noção de crise? Esta é uma resposta que se multiplica e se reinventa em mais de mil e seiscentos serviços CAPS instituídos no Brasil.

Sem desconsiderar uma multiplicidade real vivenciada nos CAPS, podemos agrupar este ressurgimento da importância crucial da crise em saúde mental em básica e generalizadamente, três concepções principais.

Em primeiro lugar, uma concepção que ressurgiu no século XX, modificada, e o atravessa chegando até os dias atuais.

Esse ressurgimento teria ocorrido, de forma mais sistemática, a partir das publicações de Erich Lindemann's, que desde 1944 passa a desenvolver uma "teoria da crise" em psiquiatria, a partir do acompanhamento de pacientes que sofrem as consequências psicológicas de terem vivenciado uma tragédia, uma catástrofe. (BATTEGAY, 1995)

Esta concepção apresenta-se tributária das tentativas da psiquiatria de superar sua lacuna etiológica, este vácuo que dificulta enormemente à psiquiatria instalar-se naquela perspectiva da verdade-demonstração junto ao restante da medicina.

Tal noção empresta à crise uma dimensão etiológica do sofrimento psíquico, obtendo um efeito interessante de permitir aos usuários dos "crisis services" se manterem fora do estigma da doença mental, a partir do momento

que tais serviços se organizam mais como cuidado, atenção preventiva às pessoas que passaram por situações limites, do que como tratamento de doentes. Esta é uma característica que será reivindicada, por exemplo, pelos ex-combatentes de guerra, sobretudo a partir do pós segunda guerra mundial.

É nesta linha que serviços de atenção a crises surgem em Amsterdam em 1931, em Viena nos anos quarenta, nos Estados Unidos nos anos cinquenta e, disseminadamente pela Europa nos anos setenta. (BATTEGAY, 1995)

Essa concepção pode ser aproximada do que será cunhado nosograficamente como Transtorno de Stress pós-traumático, tentativa de estabelecer um quadro nosológico apontando fundamentalmente para sua suposta etiologia.

Um dos problemas decorrentes de uma concepção como esta é que tal causalidade, a princípio centrada nas tragédias, vai sendo expandida, pouco a pouco incluindo as mais variadas situações estressantes da vida cotidiana, como perder um emprego ou divorciar-se, ampliando cada vez mais as ofertas de serviços, como as unidades de crise para adolescentes, os centros de atenção às crises da meia-idade, os programas de intervenção em crise, dentre outros.

Produz-se assim um amplo leque de serviços que trabalham, em um primeiro momento, com a idéia de prevenção do adoecer psíquico em situações, ocasiões, momentos, supostamente mais difíceis ou críticos, e, em um segundo momento, com a prevenção de recaídas ou de reinternações, tomando a crise como agudização, surgimento ou recrudescimento de uma sintomatologia psiquiátrica.

Esta concepção de crise caminha em direção à sua definição pelo viés da ameaça social, da periculosidade, do

ônus inclusive financeiro das agudizações, da necessidade de um controle, de uma intervenção de emergência que possa abortar a crise, combatê-la antes mesmo que ela venha a existir, reivindicando assim, como apontava Foucault, esta legitimidade para a psiquiatria de se justificar pela proteção da sociedade, pela preservação de suas forças produtivas, pela otimização de seus recursos humanos.

Uma segunda concepção de crise, florescendo também no século XX, irá incluir neste conceito inclusive a oferta de serviços psiquiátricos em dada época e lugar, considerando um valor-limite relativo a estas e outras contingências, para além do qual, variados problemas psicológicos, sociais, de relação, etc, passam a ser reconhecidos como crise.

Temos então, um nível de sofrimento, distúrbio, miséria pessoal, tensão, atrito, diversidade de comportamento, e, sobretudo, intolerância e violência em determinado tecido social, para além do qual, opera-se um direcionamento para o circuito psiquiátrico. (BATTEGAY, 1995)

Uma concepção assim permite superar a simplificação e o reducionismo da crise aos sintomas, indo de encontro a uma existência de sofrimento, com toda a complexidade e desafio que o continuar a vivê-la implica.

A crise salta do sintoma psiquiátrico ou da mera circunstancialidade estressante para toda uma rede de relações e conflitos e a constituição de uma sensibilidade social a certos limites, a partir dos quais, determinada população reconhece o direcionamento ao circuito psiquiátrico como caminho.

Enquanto na primeira concepção, os serviços se organizam basicamente em busca de uma normalização rápida e de uma prevenção da piora dos sintomas, na segunda, encara-se a crise como evento histórico que

deve retornar ou integrar-se à história individual de cada caso, buscando construir um espaço social de manobra, redefinição ou tolerância.

Uma terceira definição de crise traz a inclusão da subjetividade nesta noção. A crise passa a ser considerada como um encontro entre um sujeito que se apresenta como testemunha de seu próprio fracasso; e um serviço que se oferece a este sujeito, na intenção de, ao acolhê-lo, permitir o advento de um processo criativo emergente, a criação de alternativa a este fracasso.

A crise subjetiva seria definida pela impossibilidade, em dado momento, de haver um mínimo de discurso, uma crise que parece retomar a dimensão de acontecimento, porém agora acontecimento da redução da dimensão discursiva, da falha na tentativa de simbolização, subjetivação. (Hemmler,1994)

Nesta direção, retoma-se, ainda que de forma parcial e alterada, a tradição produtiva da crise, agora, disparadora do trabalho que levará da crise subjetiva à subjetivação da crise.

Na organização dos novos serviços de saúde mental como os CAPS, uma variedade de matizes destes e de outros desenvolvimentos conceituais vão compondo uma aquarela bastante variada, mas um eixo comum vem norteando a eleição do cuidado às crises, como linha mestra que possa enfrentar justamente esta justificativa central do recurso aos métodos restritivos, custodiais, ou simplesmente normalizantes.

É por identificar a crise como momento privilegiado da captura manicomial, que os serviços substitutivos se empenharam em contrapor a esta captura, um acolhimento possível, abrindo uma via de mão dupla na qual, a crise,

em uma direção, deve abrir acesso ao serviço de saúde, ao atendimento, ao cuidado, e, em outra direção, deve abrir acesso ao sujeito que sofre, ao emergir de sua multiplicidade singular.

Assim, encontramos a crise nesta encruzilhada de um duplo acesso, acesso ao cuidado em seu processo, acesso ao sujeito em seu excesso.

Conceito operador e analisador, também da disponibilidade e da abertura dos serviços para as necessidades do usuário.

Neste sentido a crise se coloca ao lado do acolhimento, e já não há mais espaço para uma concepção tradicionalista do atendimento ambulatorial, que tomava a crise justamente pelo seu inverso de abertura de possibilidades, quando se considerava que se o paciente estava em crise, então não é possível atendê-lo, mas sim se necessitará de encaminhá-lo do hospital psiquiátrico, alimentando uma dicotomia na qual o tratamento externo, ambulatorial, aberto e plural só acontece fora da crise, e quanto está advém em toda sua potência, em toda sua intensidade, justamente quando o usuário mis precisa, se encaminha para o isolamento hospitalar.

Bibliografia

BATTEGAY, R. Psychoanalytic aspects of crisis and crisis intervention. **Psychosom. Med. Psychoanal.**, V. 41. N. 1, p.1-16, 1995.

FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico**. Martins Fontes, São Paulo. 2006

HEMMLER, L. A urgência para encontrar o código. In: **As**

urgências subjetivas. Boletim de difusão interna da ACF/IDF. Aubervilliers, 1994.

MEZZINA, R., VIDONI, D. Beyond the mental hospital: crisis intervention and continuity of care in Trieste. S four year follow-up study Iná community mental health centre. **International Journal of Social Psychiatry** (1995) Vol. 41, P. 1-20, spring 1995.

Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Hitórias de R

Maria Paula Cerqueira Gomes, Rosemary Calazans Cipriano, José Tadeu Freire, Emerson Elias Merhy, Ana Lúcia Abrahão, Erminia Silva, Leila Vianna e Claudia Tallemberg.

Introdução

Algumas experiências no campo do cuidado em saúde mental revelam como tem sido difícil operar a mudança de paradigmas na atenção ao cidadão que vive com sofrimento psíquico. As situações são ímpares nesse campo. Estudos indicam que há inúmeros casos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que vivenciam contatos singulares, quando necessitam utilizar outros serviços. Isso acontece mesmo em redes de cuidado complexas em termos de ofertas bem variadas e com, potencialmente, grande capacidade de produzir cuidado intensivo para usuários bem comprometidos e/ ou de baixa autonomia.

(COSTA, 2007; MERHY, 2007)

São muitos os casos de usuários da saúde mental que, ao se verem com um problema clínico de outra ordem que não a mental, têm que enfrentar barreiras de seu acesso aos cuidados de uma forma muito peculiar. Isso se repete a montã em todos os pontos de acesso de um usuário a serviços de saúde, bem como na própria rede de saúde mental, na qual para um usuário representado como “drogadito e marginal”, criam-se fortes restrições para sua inserção no que se tem de oferta. Para um psicótico igualmente representado como “muito violento”, são produzidas, de uma maneira muito banal obstáculos para sua incorporação junto ao cuidado de um Programa de Saúde da Família (PSF) ou ao uso de um serviço geral de urgência e emergência.(MERHY, 2011).

Nos próprios serviços tipicamente substitutivos, muitas vezes, as portas não estão abertas para a entrada do seu próprio usuário a qualquer momento, pois se necessita de um acolhimento fica relegado em muitas situações, a ter que entrar em outras portas de cuidado não competentes para o que precisa. Essa produção de barreira frequentemente é vista nas situações dos ditos casos difíceis, nos quais se associa ao intenso sofrimento psíquico algum distúrbio de comportamento. Nesses casos é comum haver uma trans-institucionalização dos pacientes cujo destino final é um nomadismo sem produção de vínculo em qualquer lugar de cuidado. (CERQUEIRA GOMES, 2009)

Outros momentos, que dão visibilidade às formas como os serviços de atenção psicossocial sustentam ou não o acesso à sua clientela, são as das ações que envolvem a atenção as crises. Tratam-se de inúmeras situações que se manifestam pela via do ato e do afeto, no encontro com o usuário. Essas situações apresentam as forças de

engendramento de acontecimentos que tem como eixo comum o acaso, a imprevisibilidade, o intempestivo - a multiplicidade em acontecimento. São fenômenos intensos, disruptivos e, muitas vezes incontroláveis, pois estão em um primeiro momento fora do modo, como no cotidiano, os sujeitos manejam suas distintas formas de andar a vida.

(...) agitações, irrupção de atos e violência que culminam em auto e/ou hetero-agressividade, alterações súbitas de humor que se expressam pela exaltação ou estupor, atos derivados do consumo excessivo de drogas lícitas ou ilícitas e crises de pânico são algumas das manifestações clínicas assimiladas como urgências. (MARON, 2008, p.12)

Nada mais apropriado e ético do que serviços de atenção psicossocial, que surgem com a demanda de oferecer um cuidado intensivo e contínuo, sustentarem, o atendimento a essas situações. No entanto, não é isso que se verifica em muitas redes substitutivas. Muitos serviços não acolhem e, conseqüentemente não tratam as situações de crise, encaminhando a setores especializados como polos de emergência e porta de entrada em hospitais gerais, produzindo uma dissociação na produção do cuidado, despotencializando ou inviabilizando os vínculos com a equipe e as referências e afetos do usuário no seu território. No debate atual da Política Pública de Saúde Mental, não são poucos os fóruns que se destinam a tratar do tema do manejo a crise e o lugar de tratamento. (MARON,2008;2007)

No Brasil, verificamos, apesar das tentativas de transformação e implantação de novos dispositivos para o acolhimento das urgências, que os setores de atendimento à chamada emergência psiquiátrica foram os menos permeáveis a transformações no seu modo de funcionamento

e sobrevivem à parte dos dispositivos de tratamento. As urgências persistem sendo predominantemente tratadas em serviços especializados e ainda conserva um modelo operacional padronizado apoiado na contenção mecânica e medicamentosa, podendo estar associado ao isolamento temporário. E, principalmente, são ainda abordadas dentro de um enquadre que excluem o sujeito: o poder de decisão, a responsabilidade e o reconhecimento de seu testemunho. (MARON,2008, p.13)

Esse complexo cenário que envolve o atendimento, as situações de crise e a acessibilidade dos serviços de atenção psicossocial, por si, já coloca que um dos grandes problemas a ser enfrentado é aquele que se vincula a temática da acessibilidade e suas barreiras, no que tange a produção do cuidado na atenção à crise na saúde mental.

O problema, o objeto e o objetivo da investigação.

A reorientação do modelo de atenção aos portadores de sofrimento mental traz para a cena do cotidiano dos serviços substitutivos o tensionamento em acolher e acompanhar não só o tratamento dos usuários, mas, sobretudo os momentos de re-agudização e crise em seus percursos, desafio fundamental da substitutividade. Portanto, conhecer a forma como os serviços de atenção psicossocial enfrentam e sustentam a acessibilidade e a produção do cuidado na atenção à crise em saúde mental, na sua clínica cotidiana, constituiu-se como problema a ser desdobrado para a consolidação de uma política pública afirmadora de redes territoriais de saúde, efetivamente cuidadoras e produtoras de vida. Interrogar-se sobre o trabalho da equipe em relação as suas formas de acolhimento e de cuidado, para uma forma substitutiva de

atenção antimanicomial, é um imperativo ético e técnico na consolidação da atual política de saúde mental no Brasil.

Dar visibilidade as múltiplas formas de atendimento à crise nesses serviços por meio do acompanhamento da trajetória dos pacientes em situações de emergência nas distintas redes, revela analisadores capazes de contribuir de forma significativa para interrogar e potencializar o acesso às situações de urgência/emergência no cuidado em saúde mental.

(...) Assim, mostramos como o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali, mas não tão visíveis. Como diz Lourau: um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo. (FRANCO, 2009)

Pesquisar o tema do acesso nas situações de crise na sua complexidade depende da existência de redes diversificadas em termos de ofertas de cuidado, com longa experiência de produção de modos alternativos de cuidar, substitutivos. Essa direção não existe em qualquer lugar, mas municípios de vários estados do país, como Campinas (SP), Belo Horizonte (MG), e alguns do estado do Rio de Janeiro, mostram que isso é bem possível. (CAMPOS, e outros, 1998; GSM/SESDEC, 2009)

Neste artigo, o município de São Pedro da Aldeia foi tomado como um dos “laboratórios” da pesquisa, uma vez que se constitui como uma rede complexa em termos de cuidado em saúde mental, com ofertas muito variadas por apresentar atualmente uma quantidade significativa de usuários com necessidades de cuidado bem intensas em sua rede de CAPS, articulada às redes de cuidado como as da urgência e emergência e a atenção básica, além de processos de desinstitucionalização.

Conhecer o modo de funcionamento dessa rede no manejo às situações de crise revela inúmeras situações vividas por usuários que mostram de que modo a acessibilidade se configura tanto para, garantir em muitas situações o benefício do cuidado necessário e pertinente, quanto apontar que mesmo em situações aparentemente tão ímpar em termos de ofertas, em quantidade e qualidade de cuidado, há a produção de barreiras efetivas ao acesso que se precisa.

As ordens dessas situações são muito variadas e vividas de modos muito singulares pelos usuários que estão vinculados à rede de saúde mental desse município. Porém, há alguns deles que são bem analisadores para um projeto de investigação desse tipo, que são aqueles que nos seus modos de “andar pela rede de cuidado” vão apontando de maneira muito ruidosa as dinâmicas dos acessos às redes e ao cuidado. Esse grupo de usuários é constituído por um conjunto de pacientes muito graves clínica e socialmente, muitas vezes comprometidos na sua autonomia, no seu caminhar a vida no dia-a-dia, pela sua condição de ser um cidadão que vive com sofrimento mental de modo intenso.

Como já apontado, quando alguns desses usuários necessitam entrar para outras redes de cuidado não tipicamente da saúde mental, vivenciam situações muito traumáticas em termos de acesso a bons cuidados. Sem dúvida, o temor que um usuário um pouco mais agressivo, ou em situação de crise, provoca em profissionais de saúde, por exemplo, da rede básica, faz com que salte à vista atitudes de discriminação de ordem molecular, ali no encontro em ato, que provoca um desequilíbrio significativo na construção de modos de cuidar de forma cidadã e terapêutica. (MERHY, 2006-b)

Há que reconhecer, também, que muitas vezes

os serviços substitutivos, como os CAPS não funcionam 24 horas, o que dificulta uma oferta de acolhimento aos usuários que necessitam de uma intensividade de cuidado, provocando certos deslocamentos desse mesmo usuário para a porta de outros serviços de saúde, como os da Urgência e Emergência, que não têm instalada, como regra, grande competência em operar o mundo das tecnologias leves relacionais, necessárias para a produção de um acolhimento inclusivo e terapêutico. Explodem aí situações dramáticas no campo da acessibilidade e do desinvestimento na produção do cuidado (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002).

Neste cenário, a pesquisa tomou como objetivo geral mapear e analisar as barreiras e acessos ao atendimento às situações de crise e sua continuidade nas redes substitutivas de saúde mental no estado do Rio de Janeiro.

Percurso metodológico

Analisar a organização dos serviços de atenção e uma rede complexa de cuidado requer a construção e a utilização de um método que possibilite apreender a dinamicidade e a complexidade inerentes ao objeto investigado.

Há estudos no campo do cuidado em saúde que vêm questionando a ideia de que território seja algo rígido e geográfico. Na realidade, os usuários dos estabelecimentos de saúde, em geral, buscam formas de vínculos aos territórios de modos muito singulares. Tomam, de um lado, o território geográfico socialmente constituído para si como referencial e assim, o seu bairro e o que há de equipamentos institucionais são referências. Mas, de outro lado, ele em si mesmo é um território existencial, subjetivo e cultural, que

vaza o geográfico e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços materiais que não seu bairro ou seu lugar de trabalho. (CAMPOS, 1997)

No campo do cuidado em saúde mental (COSTA, 2007), essa segunda situação é uma característica muito marcante. O seu usuário é um nômade pelas redes de cuidado e um forte protagonista de sua produção. (LANCETTI, 2006) De forma bem frequente é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes em diferentes territórios de conexões. Esses agenciamentos, muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde são produzidos em uma rede rizomática,¹⁷ não linear que não fica capturada em um território único, em um espaço único. Como um nômade, produz e protagoniza de forma singular os acontecimentos, no seu processo de cuidado. (MERHY, 2011)

Desse modo, quando estamos diante de um projeto de pesquisa que procura estudar a existência de barreiras e acessibilidades ao atendimento às situações de crise, inclusive da sua própria continuidade em complexas redes de cuidado de saúde mental no âmbito de um município no estado do Rio de Janeiro, há um problema metodológico que deve ser enfrentado: fixar-se nos estabelecimentos de saúde como lugar exclusivo de fonte de informação não permite, por si, dar visibilidade de como o próprio modo de cuidado ocorre em toda sua complexidade.

17 O rizoma não possui centro, nem ordenamento preestabelecido, ele é iminentemente heterogêneo, cada ponto do rizoma se conecta a partir dos afetos e potencialidades, e se produz, de forma imanente no caminhar do próprio usuário. Se contrapõe a uma rede do tipo "arborescente", onde esta apresenta uma centralidade, preestabelecendo fluxos e percursos do usuário, com forte caráter ordenador, normativo, homogêneo, e pouco permeável aos afetos e ao território existencial do usuário. Deleuze e Guattari de rizoma (Mil Platôs, Vol I, pag 15)

Por isso, o percurso metodológico construído para essa investigação trouxe como ferramenta o que já vem sendo constituído no campo da saúde no âmbito da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2005), junto com o que o campo da análise institucional também tem ofertado para essas investigações com a construção de ferramentas analisadoras dos encontros realizados, no mundo dos próprios estabelecimentos de saúde (LOURAU, 2004); bem como a metodologia utilizada pela História Social da Cultura na investigação vestigial e oral (SILVA, 2007).

As Ferramentas de Pesquisa

A realização da pesquisa permitiu explorar fenômenos já conhecidos e com muitas acumulações, mas que ainda apresentam interfaces inexploradas do mundo do cuidado. As ferramentas empregadas, nesta abordagem qualitativa, seguiram a seguinte construção da investigação, abaixo descrita:

Levantamento bibliográfico e análise documental sobre a atenção em saúde mental no Brasil e no mundo e construção de equipe de “pesquisadores do local”.

Para o trabalho de campo foram selecionados além da equipe de pesquisa, denominados de “pesquisador apoiador”, pesquisadores locais no município de São Pedro D`Aldeia. Os critérios para a seleção desses pesquisadores foi conhecer a rede de saúde mental investigada, estar envolvido com o caso guia a ser investigado e apresentar experiência ou formação em saúde mental.

Outra ferramenta empregada na investigação foi a produção do Kit do Pesquisador - construído e debatido com todos os participantes da investigação -, utilizado por

toda equipe - pesquisadores apoiadores e locais - o material contemplava os objetivos da pesquisa e elementos para a preparação das equipes de investigadores no trabalho de campo. O kit foi composto por: carta de apresentação do projeto de pesquisa às autoridades competentes (Prefeitura, Secretário de Saúde, Coordenação Municipal da Saúde Mental, Direção e/ou Coordenação do CAPS); termos de consentimento de entrevista livre e esclarecido (modelo para os profissionais de saúde; para os usuários e familiares); roteiro de entrevista para o conjunto dos atores implicados com o cuidado gerado: do gestor do serviço à equipe cuidadora, além da Coordenação Municipal de Saúde Mental.

As entrevistas semi-estruturadas tomaram como referência alguns analisadores artificiais (BAREMBLIT, 1992) definidos pelo grupo de pesquisa. Por exemplo: arranjos e composição da equipe; articulação do cuidado com o sistema local de saúde; características do cuidador; a conformação do ato de cuidar; racionalidade (efetividade, eficiência e eficácia).

Vale ressaltar que as ferramentas empregadas nesta investigação, foram validadas pela Pesquisa Saúde Mental - acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Processo575121/2008 4, CNPq, 2011. (MERHY, 2011)

Sujeitos da Pesquisa

Os usuários das redes de saúde, como um todo, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes que não de saúde se portam como usuários exclusivos desses locais de grande territorialização, pois são nômades no

sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que como linhas de fuga, buscam construir outros processos que não os que os serviços de saúde instituem para eles. Poder “dar mão” para eles nos seus caminharres nômades é fundamental para descobrir essa produção de novas redes de conexões. Nessa direção, todas as estações de cuidado (CECÍLIO e MERHY, 2003)¹⁸ são chaves como fonte base para isso ser em parte revelado, mas reconhecendo que não é suficiente.

Com isso, há que se valorar as estações de cuidado - CAPS; RTS etc. - como fontes para mapear algumas das situações vividas por esses usuários, que necessitam de cuidado mais complexo, como são, por exemplo, os psicóticos graves. Mas, há que reconhecer que só isso não dá conta. De outro lado, no seu caminhar na construção de suas redes de conexões, outras redes são significativas.

Procurar estudar barreiras e acessibilidades em complexas redes formais de cuidado exige cruzar estratégias de investigação múltiplas. Por isso, nesse estudo uma de suas estratégias metodológicas centrou-se na pesquisa qualitativa, que parte dos encontros que os usuários produzem em algumas estações de cuidado, nos quais foi possível identificar outros atores com quem se conecta, tornam-se fontes de informação sobre o objeto em foco.

Entretanto, como no seu nomadismo vai abrindo novas redes de cuidado que constrói, para fora do próprio sistema de saúde e, às vezes, para vencer barreiras, procura-se associar outras estratégias de investigação não tão tradicionais, que busca na construção dos fluxos existenciais, novos modos de obtenção de informações e materiais para análises. Aqui, refere-se a metodologia vivenciada no campo

¹⁸ “Estações de cuidado” é o modo como designamos nessa pesquisa a idéia de estabelecimentos de saúde.

da história social da cultura, pela historiadora Erminia Silva (SILVA, 2007), em sua pesquisa sobre circo-teatro, que para enfrentar o nomadismo dos artistas circenses e do próprio circo, trabalhou com alguns artistas-guia que lhe permitiram mapear lugares, instituições, práticas e saberes, na construção da memória dos seus viveres circenses. Espelha-se nesse modo de investigar, também, na busca da construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido, como forma de trazer para a cena do estudo muito do que habita a oralidade dos processos de cuidado, em particular, para fora das redes formais.

Para tanto, trabalha-se como eixo ordenador dos materiais de campo, desse nomadismo com a noção de Usuário-Guia. O Usuário-Guia tem as características de um caso traçador do cuidado - louco muito louco¹⁹-institucionalizado e não institucionalizado, escolhido entre os usuários que circulam nas redes de cuidados da saúde mental e nas estações de cuidado do município de São Pedro da Aldeia.

A escolha do usuário-guia se fez utilizando como critério central ser um caso de alta complexidade para a rede de cuidado, em situação de crise, que traz como consequência o fato de ser um grande utilizador de práticas cuidadoras nas redes em oferta. Assim, debruçou-se sobre vários usuários apontados pela equipe do CAPS de São Pedro que tinham essas características. Dentre eles foi escolhido o que permitiu colocar em análise os movimentos de produção de acesso e barreira construídos pela equipe na condução do cuidado de um modo muito intenso. Tratava-se de um caso reconhecido por todos da equipe “como de intensa gravidade e nenhuma adesão ao tratamento,

19 Louco muito louco – demandam muitas redes de cuidado e que criam, a todo o momento, muitos problemas para as equipes em termos de construção dos modos de cuidar em saúde mental. (Relatório Final da Pesquisa SM (MERHY2011))

considerado praticamente fora de qualquer possibilidade terapêutica”.²⁰

Cenário da pesquisa - A Rede do Município de São Pedro Da Aldeia

O município de São Pedro, atualmente com 89.739 habitantes, possui uma rede em funcionamento com capacidade física instalada em relação à densidade demográfica dentro dos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde. (Saúde Mental em Dados vl 10, Brasília, Ministério da Saúde, 2011.)

A escolha do município deve-se ao fato de que, investigar redes incipientes por si só se configuraria como uma variável interveniente na pesquisa, ou seja, a não existência de serviços ou a quantidade insuficiente deles já se constituem em uma barreira ao acesso aos serviços. Portanto, a escolha de municípios com redes múltiplas, com ofertas variadas permitem explorar, em termos da construção de uma investigação que tem a acessibilidade ao atendimento a crise como seu problema, a potência de produção de cuidado e o acesso real a esses distintos espaços.

O município de São Pedro da Aldeia tem uma rede de saúde com os seguintes serviços: Unidade Básica de Saúde, Equipes de Saúde da Família com Odontologia e o NASF, ainda em construção. Além deles, há o Centro Integrado de Saúde - CIS - com Emergência Odontológica, Laboratório Municipal, Centro de Reabilitação Municipal, uma Policlínica Municipal, um Pronto Socorro Municipal, o CEO – Centro de Especialidades Odontológicas e o Hospital da Missão de São

²⁰ Relato da equipe do CAPS São Pedro, quando da apresentação do usuário.

Pedro - com convênio com SUS. Na saúde mental, possui: Centro Municipal de Atendimentos Múltiplos em Saúde Mental, CAPS Adulto, Serviço Residencial Terapêutico, Porta de Entrada das Emergências Psiquiátricas localizada no Pronto Socorro Municipal.

A Dinâmica no Campo de Investigação e da Análise do Material

Após a identificação do usuário-guia, tratado aqui de R, pela equipe de saúde mental do município, foi fornecido o “kit pesquisador” aos pesquisadores locais.

Em seguida iniciou-se a etapa de identificação das fontes e conexões que diziam respeito a esse usuário, com reuniões com o grupo de pesquisadores apoiadores e locais. Nessa etapa foi considerado: profissionais, usuários, cuidadores, gestores e outras pessoas que de alguma forma ao longo de sua vida estavam envolvidos com o usuário-guia, por meio da sua flexibilidade possibilitou cartografar o conjunto dos serviços pelos quais o usuário, se vinculou ao longo de sua vida, bem como outros pontos de conexão. Para essa ação não foi necessário definir, todas as técnicas de coleta. Isto significa que durante a fase de coleta de dados os pesquisadores puderam, a partir do encontrado, definir a pertinência do uso de: entrevistas e/ou observações, como também a busca de informações em fontes secundárias. As entrevistas e verificação in loco dos “casos” foram gravadas em áudio, respeitando-se os procedimentos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com discussão sobre os objetivos e finalidades do estudo e anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a identificação dos seus pontos de conexão na constituição das redes de cuidado, houve o reconhecimento

dos agentes institucionais objetos de investigação, como fontes. Realizadas as entrevistas, houve discussões do material de campo, em reuniões do grupo de pesquisador apoiador e local, tendo vista a construção de um quadro analítico que permitiu dar visibilidade à história de R, seus movimentos e diferentes formas de agir e se comunicar até então desconhecidos pela equipe de saúde mental. Neste quadro foi possível ser revelado as redes de conexões existenciais de R, muitas vezes acionadas a partir dos encontros proporcionado pela pesquisa que funcionou em si com um dispositivo a disparar eventos previsíveis e outros imprevisíveis.

O tratamento das informações foi ancorado na análise dos discursos obtidos dos dados; que foram organizados de forma a identificar os temas analisadores, articulados com os autores referenciados e com a experiência dos pesquisadores. O material empírico foi apresentado em seminário aos participantes do estudo e pessoas com interesse no tema em discussão. O seminário teve como propósito a devolução dos resultados, a validação dos mesmos e a ampliação da análise. O tratamento e análise dos dados empíricos constituíram-se em uma etapa importante da pesquisa e permitiu o exercício de análises de uma maneira coletiva.

Buscou-se construir, então, um mapeamento das muitas histórias R, na tentativa de se estabelecer a partir de analisadores dos elementos produzidos pelo processo de cuidado identificado na rede de São Pedro da Aldeia, um quadro referencial que fizesse sentido para o coletivo de pesquisadores. A partir desta produção a equipe de pesquisadores (apoiadores e locais) em um processo de análise da prática do cuidado, compôs o quadro de barreira e de acesso ao cuidado de R pelas equipes de saúde mental daquele município.

Apresentação e análise dos dados

O Município de São Pedro da Aldeia teve inicialmente suas atividades voltadas para a pesca e extração de sal, foi mudando suas características a partir da construção da ponte Rio-Niterói. As áreas onde eram localizadas as Salinas, foram cedendo espaços para loteamento, quase se extinguindo uma atividade econômica que era o marco histórico da Região dos Lagos e geradora de renda para muitas famílias.

Os moradores com pouca escolaridade mantiveram como expressão principal a pesca artesanal. Esta é passada de geração a geração, “garantindo” a subsistência ameaçada pelas condições da lagoa que apresenta importante índice de poluição.

A comunidade do Camerum, localizada no bairro Porto da Aldeia, formou-se por meio dos ranchos instalados no local para armazenar material da pesca, transformando-se em moradias. Nesta área, havia, além de alguns ranchos de pescaria, vários barracos abrigando as famílias. Eram de madeira, na beira da lagoa, tinham água e luz clandestinas, valas negras, lixos, insetos, entre outros aspectos. Neste local, havia famílias que residiam a quase trinta anos nestas condições. Dentre essas, encontrava-se a matriarca da família de R, sua avó.

Por meio de visitas realizadas no bairro onde, atualmente, reside uma parte dessa família é que se iniciou a pesquisa de outras fontes que não as localizadas no serviço de saúde mental, onde R era matriculado. Ao todo foram pesquisadas 13 fontes, a saber: prontuário; entrevistas como psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a médica da família que cuidou dele quando criança, o psicólogo do CAPS, o enfermeiro do CAPS, a diretora da escola que estudou quando criança, a psicóloga que

participou do seu cuidado, a mãe, o pai, a assistente social do Centro de Referência de Assistência Social CRAS, a tia (irmã da mãe), prima 1 e prima 2.

Essas fontes foram trabalhadas por meio de entrevistas semi-estruturadas que procuravam conhecer as várias histórias de vida de R. Essas entrevistas foram transcritas e foram retirados recortes literais das falas das fontes organizadas nas seguintes categorias de análise; história de vida, história do sofrimento psíquico e história das conexões do caso.

Vale ressaltar que estas categorias de análise foram validadas pela pesquisa SM de Campinas. A partir destes núcleos das fontes, foram sendo agrupadas, seguindo o sentido para a construção das histórias de R.

R - Algumas de suas Histórias de Vida ²¹

Foi a partir da solicitação da Promoção Social, que o psiquiatra e o técnico de enfermagem do CAPS, realizaram visita domiciliar, em setembro de 2008, na casa de R.

No relato do médico em prontuário, há registro de que a situação encontrada era de condições de higiene e moradia muito ruins. Em um cômodo onde havia comida, fezes, lama de esgoto espalhados pelo chão moravam na casa: a avó materna, a mãe do usuário e R. A avó queixava-se de ser mordida pelos ratos durante a noite.

O contato com R foi feito por meio da porta entreaberta, mas isso não o impediu de conversar e então dizer que gostava de assistir desenhos na televisão e de revistas.

²¹ Por meio das narrativas dos vários entrevistados e dos registros em prontuários e relatórios foi feito o relato a seguir como um produto dos pesquisadores apoiadores e os do local.

Durante essa primeira aproximação a mãe recebeu os profissionais do CAPS em princípio de forma hostil, mas depois se mostrou mais receptiva. O médico psiquiatra do CAPS decidiu então iniciar a medicação para o paciente e vermifugar toda a família. Além disso, junto à coordenação do programa de Saúde Mental e do CAPS, foi convocada uma reunião intersetorial com a Promoção Social, Secretaria de Obras, Vigilância Sanitária, para que fossem traçados alguns encaminhamentos. Entre eles encontravam-se trazer R ao CAPS para atividades e tratamento; procurar trazer a avó e a mãe para o grupo de familiares e observar a necessidade de tratamento psiquiátrico para ambas. Com o apoio da Promoção Social iniciou-se uma obra na casa, além de levantar recursos da comunidade para a reintegração desta família, hostilizada por ela. Enquanto isso, a Vigilância Sanitária cuidaria da eliminação dos ratos. A Secretaria de Obras se comprometeria, de acordo com suas possibilidades, a entrar na casa e realizar melhorias da infraestrutura.

Após todo esse percurso estabelecido conjuntamente, os profissionais do CAPS, em reunião, traçaram o projeto terapêutico para R e seus familiares. Nesse projeto foi pensado para R frequência semanal no CAPS para atendimentos individuais com médico psiquiatra e psicóloga, além de inseri-lo nas oficinas terapêuticas, como por exemplo, as de cuidados pessoais. Para a avó e a mãe inserção no grupo de familiares realizado no CAPS semanalmente.

Em nível intersetorial, foi pensado a manutenção do diálogo com vistas a construir junto com os familiares e R as decisões em relação a melhoria das condições sociais e estruturas físicas da casa.

Tentando Sintetizar Algumas de suas Histórias de Vida

Numa roda de conversa, onde estavam presentes a tia-avó e primas, foi possível saber um pouco mais de algumas das histórias de vida de todos e em especial de R. Todos moram em casas diferentes, mas dentro do mesmo terreno. Num primeiro contato sua tia-avó contou que vem de uma família de três irmãos, na qual um deles, já apresentava um certo transtorno psíquico. Comportamento agressivo, baixa tolerância a frustração, irritabilidade constante, desorganização do local onde dormia e sujeira constante deste ambiente, já eram observados na avó.

Esta avó teve 2 filhos, sendo que o primogênito nasceu com um problema neurológico não especificado, falecendo com mais ou menos 14 anos. Sua segunda filha, mãe de R, hoje com 42 anos, não chegou a conhecer o irmão.

Segundo as entrevistadas, a avó de R não permitia que sua filha arrumasse a casa e nem tão pouco limpá-la. Com o tempo sua filha foi deixando de insistir neste movimento, observando mais tarde que ela própria passava a repetir este comportamento no cuidado com sua casa.

Uma das tias comenta que a mãe de R teve poucos ou nenhum outro namorado além do pai de R. Ele é conhecido como “Marcha Lenta”, já algum tempo funcionário da prefeitura.

Juntos, tiveram 5 filhos. Dois deles moram com o pai, uma mora com a prima, que reside na mesma área, a caçula foi adotada por uma vizinha e R ficou com a mãe e com a avó.

Essa mesma prima relata um sofrimento pessoal e familiar muito grande. Lembrou que existiam sempre muitas confusões e brigas. Este ambiente familiar favoreceu

o surgimento de sintomas de pânico, que ela tratou no ambulatório de Saúde Mental.

Destacando Elementos da História do Sofrimento Psíquico

Com base, em grande parte, nos dados do prontuário, constatou-se que R é descrito como portador de esquizofrenia paranoide. Mora com sua mãe e sua avó, num cômodo bastante precário, em condições higiênicas muito ruins. Nesses registros consta que a avó tem 74 anos e é pensionista, a mãe tem 42 e, é a única a apresentar um grau de entendimento razoável dos fatos.

Segundo uma das fontes “Em um primeiro momento, R. frequentou a APAE mas se mostrou difícil, brigava com todos e era indisciplinado com os adultos. Foi atendido pela psicóloga da instituição e teve uma significativa melhora.”²²

Como já registrado anteriormente, sua chegada ao programa de Saúde Mental se deu em 2008, após a solicitação da Secretaria de Promoção Social que vinha acompanhando a família numa tentativa de alterar o grau de vulnerabilidade social que se encontravam. Na visita do psiquiatra e do técnico de enfermagem, o contato com R. foi realizado pela fresta da porta uma vez que ele não permitia que ninguém entrasse em sua casa. Ele conversa, diz que gosta de desenho, que vê na TV e nas revistas de quadrinho.”²³

Após essa visita a equipe decide iniciar o acompanhamento. É neste momento que foi tomada a

22 Transcrição da entrevista de um profissional do CAPS em um dos encontros com os apoiadores da pesquisa. (Assistente Social)

23 Transcrição da entrevista de um profissional do CAPS em um dos encontros com os apoiadores da pesquisa. (Enfermeiro)

decisão de vermifugar toda a família e começar a medicação com o R. O primeiro convite foi feito para que toda a família conheça o CAPS, bem como a avó e mãe que frequentasse as atividades e tratamento. Há uma dificuldade no acesso do paciente e sua família ao CAPS. A equipe nessa época relaciona essa dificuldade ao fato do carro do serviço não estar disponível para buscá-los toda vez que é preciso.

Esses processos não se sustentam e há um certo desinvestimento na construção do cuidado da família como um todo, e de R em particular.

Assim, R, passou a ser reconhecido por toda a equipe do CAPS como um caso de difícil acesso, muito resistente ao tratamento.

“Apresenta grande dificuldade de acesso aos serviços públicos, pois se recusa a sair de casa e deixar que se aproximem dele, com algumas poucas exceções. Frequentou muito pouco a rede de ensino, mas sabe ler e escrever. Ainda não apresenta um diagnóstico preciso, tendo a princípio uma hipótese de um transtorno mental não especificado.”²⁴

Da mesma forma, os outros dispositivos da rede municipal envolvidos no caso como a promoção social, vigilância sanitária e secretaria de obras, interrompem suas ações em novembro de 2009.

No ano de 2011, essas ações são retomadas. A equipe, ao realizar a discussão sobre qual seria o usuário-guia a ser incluído na pesquisa decidiu por unanimidade retomar a história de R. Na mesma época, o Ministério Público convoca o CAPS para “avaliar e atender R e sua família”. A partir desse momento iniciaram-se dois importantes movimentos, quais sejam: de um lado a equipe do CAPS,

²⁴ Relato de um dos profissionais da equipe do CAPS São Pedro, quando da apresentação do usuário. (Médico Psiquiatra)

estabeleceu estratégias conjuntas para ampliar a oferta de cuidados a R e sua família, envolvendo outros profissionais e, de outro, houve o levantamento das “fontes” da pesquisa I.²⁵

Nesse movimento de identificação das fontes, a equipe do serviço realizou uma série de entrevistas com familiares e com pessoas do município que, de alguma forma, tiveram participação importante na vida de R. Surgem, então, de forma surpreendente, outras narrativas sobre R que não apenas aquelas centradas na sua doença ou no seu comportamento hostil. Narrativas que deram visibilidade a uma “pequena” rede de conexões existenciais não mais restritas aos familiares de R, antes, desconhecidas pela equipe do CAPS. Embora R. mantenha uma circulação restrita descobriu-se que é uma pessoa conhecida por muitos. Com toda a sua aparente restrição ao contato com o mundo, conecta-se com um barbeiro que de tempos em tempos vai a sua casa cortar o seu cabelo, recebe revistas de algumas pessoas e retoma o contato com a médica que cuidou dele na infância. Essa médica é a mesma indicada pelo ministério público para fazer um relatório sobre as condições social e de vida da família de R.

25 O trabalho com as fontes tem como objetivo cartografar as possíveis redes de conexões existenciais dos casos.

A Entrada da Médica como Acontecimento²⁶

“Eu conheci a família de R. a partir da Pastoral da Criança.(...)Ele foi visto entre 96 e 97, de oito a nove anos por aí, que ele é de 1989.(...) Passou um tempo eu fiquei sem ter notícias do R., eu não o via transitando pela rua, mas via a mãe. Até que um dia eu fiquei sabendo que ele estava nessa de estar recluso. Foi aí que tomei pé da situação quase dez anos depois.(...)(grifos nossos) Acredito que ele lembre como médica mesmo, nosso trabalho era muito marcante. Não era comum faltar, ia sempre com a mãe. (...)Eu acredito que ele não me reconheceu a primeira vista, mas depois, como a gente tem pessoas de conhecimento comum, ele disse: ela é boazinha.”²⁷

A partir do reencontro de R. com sua médica de infância houve uma ampliação significativa das ofertas de cuidado.²⁸ Isto porque a cada encontro de A. com R novas lógicas de acesso a esse cuidado eram abertas. Novas narrativas sobre sua história, suas possibilidades de estar no mundo foram construídas superando a barreira anteriormente existente quando só era possível reconhecê-lo com base em sua resistência ao tratamento, seus atos violentos e intempestivos. Assim, outras possibilidades de conexão foram reveladas ali onde antes só havia restrições de oferta de cuidados: prescrição medicamentosa e

26 No texto utilizaremos o conceito de acontecimento, tal qual utilizado por Deleuze em a *Lógica do Sentido*: Um acontecimento não é uma situação, uma ocorrência cujo sentido é representado a priori, ao contrário, o acontecimento é o próprio sentido e neste aspecto produtoras de devires. O Acontecimento não apresenta um saber a priori, mas a posteriori, é imanente, pura experimentação.(Deleuze, *Lógica do Sentido*, Zourabichvili, F, *Vocabulário de Deleuze*, pag 15)

27 Transcrição de um relato de um profissional do CAPS em um dos encontros com os apoiadores da pesquisa. (médica clínica)

28 A partir desse momento identificada por A.

internação. Antes, tratava-se de um caso de não adesão ao tratamento, de difícil acesso e agora há uma nova relação e retomada do investimento da equipe do CAPS em R.

Tomar o encontro de A e R, afetando-se mutuamente, deslocou saberes e práticas já acomodadas, desestabilizando-as, produzindo um acontecimento sem saber a priori, somente possível, a partir da pura experimentação, e do que podemos reconhecer como produção do cuidado em ato.

Aos poucos os relatos de R “(...) aparecendo na porta de sua casa, sem deixar se mostrar por inteiro. (...) um jovem de pele pálida, magro, olhos arregalados, cabeludo e barbudo que demonstra medo e começa a gritar pedindo para que o deixe em paz; que não permite a ninguém ultrapassar o portão de entrada e que reage com hostilidade a cada visita do psicólogo do CAPS reagindo com pavor de ser retirado de seu espaço e não aceitando qualquer tipo de contato” (...) ²⁹ dá passagem a outras narrativas, tais como:

“Ele fica de lado e deixa limpar aquele lixo. (...) Ele ficou com vergonha de parecer porque estava com os cabelos sem cortar. (...) Ele é posicionado, mesmo naquele mundinho, ele sabe das coisas que acontecem. (...) As nossas conversas agora ele não está ficando “meio”, está ficando de frente, inteiro, mas eu continuo no portão. (...) A expressão dele se apresentar por inteiro está excelente.” ³⁰

29 Relatos da equipe do CAPS; fonte 2,3 e 5.

30 Transcrição de um relato de um profissional do CAPS em um dos encontros com os apoiadores da pesquisa. (médica clínica)

R no Fim: A Produção da Acessibilidade e o Trabalho Vivo em Ato

As narrativas das diversas fontes tecem não mais a história de vida de R. mas muitas histórias, muitas possibilidades de estar no mundo. Manifestam-se outros terrenos de conexões existenciais capazes de produzir transversalizações, de agenciar multiplicidades que abrem espaço a diferentes formas de produção do viver, não mais restritos a uma história única. Aos poucos foi possível compreender que a produção do acesso/barreira opera para além de uma determinada adscrição geográfica. Houve o reconhecimento de que essa produção está diretamente conectada com o modo de cuidar, com aquilo que é definido como plano de cuidado, com as estratégias de cuidado que cada um da equipe reconhece e elege como legítimas para o enfrentamento do sofrimento psíquico. Assim, por meio do acesso as diferentes fontes foi possível conhecer outros R, revelados nos diferentes encontros que se atualizam, produzidos para além do CAPS. É igualmente importante reconhecer que a equipe não recua diante dessas descobertas, ao contrário, se reconhecem na produção, e por vezes, na manutenção da barreira ao cuidado de R.

“Acabei de me dar conta que o relato dessas pessoas, dos seus familiares, de A, trouxeram R de volta para a equipe. (...) Ele estava esquecido. O Esquecimento é uma forma de barreira que a equipe produz nesses casos que vocês estão chamando de doidos muito doido(...) agente tende a esquecer, o incomodo é menor. Acho que estamos aprendendo a suportar sem esquecer se dedicando a uma nova direção do trabalho.”³¹

“Estamos conseguindo pensar outras

31 Transcrição da entrevista de um profissional do CAPS em um dos encontros com os apoiadores da pesquisa. (Médico Psiquiatra)

estratégias que o mantenha cuidado, mesmo que ele não frequente o serviço. (...) Fazendo um bom vínculo com seus pais, convido-os a participarem das atividades do CAPS. Ele numa abordagem familiar e ela em oficinas terapêuticas e atendimento individual, aproveitando a entrada da Dra. A. no acompanhamento com R.”³²

As últimas notícias que temos de R. são as de que recentemente, em uma noite de muita chuva, com muito medo, teve a iniciativa de pedir os vizinhos que o acolhessem para se proteger, e, foi acompanhado de sua mãe. Além disso, recebeu em outro momento, o motorista da saúde mental, que foi levar em sua casa, novas revistas para ele, e o deixou entrar.

O trabalho dessa equipe em um novo lugar, em uma nova conexão com R e suas fontes abre espaço para o trabalho vivo em ato, para múltiplos acontecimentos que produzem redes quentes³³, afirmativas de vida, não só para a equipe como também para R. Outro território de práticas e saberes é tecido e se constitui por meio de uma articulação entre um agir que potencializa uma circulação de R também no

32 Transcrição da entrevista de um profissional do CAPS em um dos encontros com os apoiadores da pesquisa. (Psicóloga).

33 A definição de redes quentes e frias, pode ser compreendida com diferentes momentos, por exemplo, de uma rede de saúde, incluindo não só os equipamentos, pessoas, trabalhadores, mas seu maior ou menor potencial de conectividade e capacidade de realizar novas conexões, novos arranjos. Uma rede dita fria são aquelas com alto grau de conformação, organização, normatização, hierarquização, homogeneização, reprodução e rebatimento das práticas e das subjetividades. Uma rede quente se constituiria por um momento, onde este poder de organização e normatização se desestabiliza, se desacomodando. Na perspectiva clínico política, uma intervenção só é possível, quando o sistema de rebatimento se desarranja, permitindo devires minoritários, através das variáveis menores. (Passos e Barros, 2009, pag 29-30)

território físico, da forma que lhe é possível. Percebe-se que a produção de acesso e barreira passa a ser compreendida por todos da equipe como interdição ou acionamento de redes de conexões existenciais, na qual o espaço físico pode ser um dos elementos constitutivos dessa conexão, mas não o único.

Concluindo sobre a pesquisa como intercessora em nós

Os intercessores³⁴ se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes, acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Ativam potências do ainda impensável, do clínico com o não clínico, da saúde com a não saúde, onde novos conceitos e problemas são produzidos nestes agenciamentos. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber. Parte do que se tem, do que se sabe para o que não se tem, o que não se sabe, como, por exemplo, sustentar novas formas de cuidar em liberdade.

“(…) Gostaria de acrescentar que durante a pesquisa fomos concluindo que, gerar acesso, está diretamente relacionado ao profissional e não ao dispositivo de cuidado. Quando um profissional, e não necessariamente da Saúde

34 Intercessão não no sentido de convergência, mas ao contrário, daquilo que diverge, produz desvios, interferências, tal como Deleuze define o conceito de intercessor como a possibilidade de desvio que cria, isto é, podem ser pessoas, acontecimentos, objetos inanimados. Deleuze cita que Guattari desempenhou esta função intercessora em sua obra, bem como a Segunda Grande Guerra, como também o peiote na obra de Carlos Castañeda, e o ópio e o haxixe na criação dos “Paraisos Artificiais” na obra de Baudelaire. Cf. Deleuze, pag 156, in Conversações, Ed 34, RJ, 1998

Mental, ocupa o lugar do afetado, está para além daquele que trabalha pela via do afeto; mas aquele que do seu afeto, faz um ato e então produz um outro cuidado.

Assim, eu e T. ficamos pensando em como melhor dizer, que o cuidado está diretamente relacionado a forma como os profissionais dos diversos dispositivos o constroem. Talvez pensar, que não se trata apenas, dos dispositivos como agenciadores de cuidado, podendo gerar acesso; mas do lugar ou território subjetivo que os profissionais de cada um dos vários dispositivos por onde passam os usuários da saúde mental, podem deixá-los ocupar. Essa foi uma das grandes construções que penso ter nos ajudado no avanço clínico que conseguimos com R. e que nos orientou em nossa pesquisa, aqui em São Pedro.(..)³⁵

Nesse exercício foi possível para toda a equipe de investigação abrir um debate sobre a própria finalidade do mundo do cuidado, como lugar de operar dispositivos que atuam sobre a construção ou o encolhimento da produção de redes de conexões existenciais e como tal, mais vida em certos casos, ou menos vida em outros. Trouxe para cena novamente a afirmação de que agir em saúde é operar na micropolítica dos encontros, nesse campo de práticas sociais que são constituídas por dispositivos sustentados no universo do trabalho vivo em ato. (MERHY,2002)

Por meio das narrativas construídas, pelos impactos produzidos na vida de R e na forma como a equipe retoma a condução do tratamento, foi igualmente possível experimentar os múltiplos elementos agenciadores de acesso e barreira à rede de cuidados em saúde. Assim,

35 Transcrição de um relato de um profissional do CAPS em um dos encontros com os apoiadores da pesquisa.(Psicóloga e Psicólogo)

agentes institucionais, trabalhadores, estabelecimentos, práticas discursivas, arranjos organizacionais passam a ser tecnologias de cuidado restritivas ou ampliadoras do acesso. Tecnologias essas que revelam a complexidade de conexões produzidas nos encontros entre esses elementos são produzidas também no plano micropolítico e convocam a todos nós profissionais de saúde mental a tomar em análise nossos processos de trabalho questionando sempre em que medida nossos agenciamentos cotidianos na clínica e no cuidado potencializam ou despotencializam os próprios modos de viver.

Essa pesquisa convocou a todos nós, sujeitos da pesquisa a repensar o que é acesso e barreira diante de uma oferta de cuidado que aposta na multiplicidade e em novas conexões de produção de vida muito além da simples entrada ou não nos serviços.

Bibliografia

BAREMBLIT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. Belo Horizonte: Fundação Felix Guattari, 1992.

BRASIL. **Acessibilidade em debate no Conselho Nacional de Saúde** http://conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/adacidania.htm

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Clínica ampliada**, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

BRASIL. **Lei 10.424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta

capítulo e artigos à Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 16 de abril de 2002.

CAMPOS, C. E outros. **O SUS em Belo Horizonte**. Lemos. São Paulo. 1998.

CAMPOS, F.C.B. **O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo**, Campinas e Santos. Tese de doutorado: Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma**. Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(3):469-78.

CECÍLIO, L.C.O. e MERHY, E.E. “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. In **Sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2003.

CERQUEIRA GOMES, M.P. Relatório de Supervisão clínico-institucional do CAPS Torquato Neto. Rio de Janeiro, 2009(mimeo)

COSTA, A.C.F. – **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**, Módulo de Saúde Mental - Curso de Especialização em Direito Sanitário, Ministério Público, 2001.

DELEUZE, G. **Conversações 1972-1990**. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo. Ed. 34, 2006.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. “Introdução: Rizoma”. In: . **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 2000.

FRANCO, T.B. et al. **Assistência Domiciliar na saúde complementar: revelando os processos de trabalho**. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos/ad_na_saude_suplementar_revelando_os_processos_de_trabalho.pdf>. Acessado em dezembro de 2011.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M. “Integralidade na assistência à saúde; a organização das linhas de cuidado”. IN: MERHY, E.E. et al **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

GSM/SESDEC. **Consolidado dos indicadores de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2009.

GUATTARI, F; ROLNIK, S: **Micropolítica: Cartografias do desejo**. 6ª edição Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico de 2000**, Brasília, IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2000>>. Acesso em: 20 de março de 2007.

FRANCO, T. e MERHY, E.E. **Mapas analíticos: uma mira sob la organizacion e su processo de trabalho**. Buenos Aires: Revista de Salud Coletiva 5(2), pag. 181-194, maio-agosto de 2009.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LOURAU, R. **Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARON, Gloria. “Urgência sem emergência?”. IN: **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

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

MERHY, E.E. ; AMARAL, H. (orgs.) **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo : Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. et al. **Relatório preliminar do projeto de pesquisa implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes [relatório preliminar de pesquisa]**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006-a.

MERHY, E.E. “Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção”. IN: MERHY, E.E. et al **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006-b.

MERHY, E.E., FEUERWERCKER, L.C.M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**.2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acessado em: mai 2012.

MERHY, E.E. e alls. **Pesquisa Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Processo575121/2008** 4. Relatório Final. CNPq. 2011.

Minas Gerais. Guia de Saúde Mental. Escola de Saúde Pública. Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, C. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo:

Hucitec, 2005.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e S. saúde coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.

PASSOS, E e BARROS, RB, **Pistas do Método Cartográfico**, Sulinas, Porto Alegre, 2009.

Prefeitura Municipal de Campinas. <http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/programas/mental/implantacao.htm>. Campinas, 2004.

Reforma Psiquiátrica no Brasil - material didático www.ufpi.br/nesp/downloads/especializacao1-2007/modulo_III/aussuntos_aula...aula.../reforma_psiquiatica_brasil2.pdf

SILVA, E. Circo-teatro. **Benjamin de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. São Paulo: Altana, 2007.

Pesquisa SM – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas Nº Processo575121/2008 4 - CNPq. UFRJ. SSCF. (mimeo) Campinas, 9 de fevereiro de 2011

Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental

Ângela Carla da Rocha Schiffler, Ana Lúcia Abrahão

Introdução

Certas práticas e processos no campo da saúde mental revelam como tem sido difícil exercitar o cuidado a partir da mudança paradigmática proposta para a atenção a pessoa que se apresenta em alguma fase da vida em sofrimento psíquico. São inúmeras as situações descritas nesse campo e numerosos casos de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que vivenciam formas e modos de cuidado singulares e inclusivos, com atendimento às necessidades de atenção, quando acessam outros serviços nas diferentes redes de atenção à saúde, além do oferecido pelos CAPS. Entretanto, não são poucos os casos de usuários que ao apresentarem um problema clínico de outra ordem que não a mental, têm que enfrentar barreiras de acesso aos serviços e cuidados de uma forma muito peculiar, implicando em uma assistência que pouco contribui para melhora do usuário.

Observa-se, também, o fato de que um usuário, caracterizado como “marginal; transgressor”, ao precisar de outros serviços fora da rede de saúde mental, se depara com a produção de fortes reservas para sua inserção e acesso em outras redes, construindo-se barreiras de ordem organizativa ou de fluxo, para sua incorporação junto a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, ou a um serviço geral de urgência e emergência.

Nos serviços característicos da saúde mental e tipicamente substitutivos, muitas vezes, há dificuldade para o acesso dos próprios usuários. Portas não estão abertas para a entrada a qualquer momento, havendo com frequência o ingresso em muitas situações, em outros serviços, não competentes para o que se precisa. Essa produção de barreira com muita constância está associada às situações dos casos assinalados como difíceis, nos quais, na maioria das vezes, se apresentam com um intenso sofrimento psíquico e algum distúrbio de comportamento.

Entre os anos de 2010 e 2012, construímos uma investigação no campo da Saúde Mental, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde e envolvendo cinco municípios do estado do Rio de Janeiro, sobre esta problemática, de acesso e barreira nas redes de cuidado em saúde mental. Neste texto, a nossa proposta é apresentar alguns dos resultados desse trabalho coletivo, especificamente aquele que diz respeito ao modo de produção de conhecimento que auxilia na aproximação e análise dos microprocessos do cuidado em redes de saúde.

A construção da investigação

A problemática da produção do cuidado em redes de atenção complexas nos convoca a experimentação de modos de investigação que sejam capazes de produzir análise a partir do ato cuidador. Um processo constitutivo do encontro usuário e profissional de saúde. Nesse sentido nos propomos a vivenciar junto com a equipe de trabalhadores que operam o cotidiano dos serviços de saúde os desafios de conhecer o usuário, identificando os equipamentos por onde transitou, bem como as suas conexões existenciais, ou seja, os vínculos, contatos que ele constrói além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, nesta experimentação em ato no plano do cuidado.

Para tanto, partimos para encontros com uma escuta e debate qualificados com os profissionais; familiares e os demais envolvidos com o usuário. Esta foi a principal ferramenta empregada, em que foi possível a identificação de “fontes” (familiares; conhecidos; vizinhos...). Com base nessas fontes conectamos usuário a sua existência e seu nomadismo pela rede de atenção. Uma produção das várias formas de existir no mundo para além da que estamos habituados nos serviços e de que denominamos de anamnese.

Essa investigação, como outras que assim se propõe, colocou em “destaque as micropolíticas imanentes” (RODRIGUES, 2011, p. 236) do processo de cuidar, deixando vir para a cena os acontecimentos ruidosos, repetitivos, silenciosos e/ou silenciados, presentes e constitutivos das conexões e arranjos produzidos para o cuidado, sempre guiado pela centralidade no usuário. Assim, configurou-se uma produção intensa de conhecimento, entre os pesquisadores e por parte de quem faz o cotidiano

acontecer, de quem está ligado ao processo de cuidar, pois é a prática o lugar da produção de conhecimento (MERHY, 2013).

Na construção da investigação, buscamos ir além da lógica do apreender o objeto, sujeitado às ações de outro e/ou outrem - (RODRIGUES, 2011, p. 236) em suas diversas racionalidades, lógicas e sentidos, partimos do entendimento de que o usuário não se encontra na condição de objeto e sim se localiza no lugar do protagonista do seu próprio modo de existir. Produz suas próprias conexões e modos de estar na vida.

O trabalho nesta dimensão se deu desde o início, com a interação entre os pesquisadores e os trabalhadores da rede com encontros que possibilitaram a identificação do usuário pela equipe cuidadora, a partir de um processo de debate coletivo. Nesta fase identificamos a TEFS³⁶, a partir da discussão de vários casos que debatíamos em nossas reuniões, como o usuário que a equipe de investigação (pesquisador e trabalhador) estaria conectada pelos próximos meses, em um total de 12 meses não consecutivos. As discussões iniciais permitiram uma aproximação entre usuário, equipe cuidadora e pesquisadores, além de iniciar algumas reflexões sobre o modo de cuidar.

Perceber o pesquisador como parte da produção daquilo que é dado como resultado/efeito da pesquisa (RODRIGUES, 2011) reforça a aposta de movimentar a equipe em torno do processo de cuidado. Interferir no processo de trabalho à medida que a investigação se produz, há também efeito sobre a própria forma de se olhar e cuidar o usuário. Nessa mesma conexão se insere os profissionais, na ideia construída de ser pesquisador com o outro, numa produção intensiva de conhecimento. (MERHY, 2013).

36 Nome fictício conferido ao usuário escolhido para participar da pesquisa.

Assim, foi construído o que denominamos de uma “Pesquisa Interferência”, uma investigação em acontecimento, uma forma de produção de intercessão, de desvios no campo, no processo de trabalho da equipe cuidadora. Os efeitos desta Interferência extrapolaram, vazaram a intencionalidade do estudo, havendo repercussão em outros equipamentos da rede, para além daquele em que fazíamos a pesquisa. O debate foi sendo ampliado e as discussões fazendo parte da rede. Foi-se tornando uma potente ferramenta produtora de acesso, de vida. (MERHY, 2013).

Uma pesquisa interferência pela sua capacidade de ampliar a sua dinâmica de investigação para além do que estava delimitado como campo de estudo. Interferindo em outras redes e serviços além da rede de saúde mental, ponto primário da pesquisa. Interferência, como uma forma de perturbação, gerando ondas em todas as direções a partir do ponto de incisão, no nosso caso a rede de saúde mental. A onda provocada ao deparar-se com outros arranjos produz novos encontros com potência de causar outras interferências.

Adotamos alguns conceitos ferramenta na construção da investigação que nos auxiliaram na análise do processo de cuidar em rede e que nos possibilitasse a construção de um conhecimento que promovesse o destaque às micropolíticas imanentes do processo de cuidar. Empregamos nesta dinâmica os conceitos de implicação e de analisador como ferramentas no ato da investigação.

Implicação e Analisador são conceitos vinculados a Análise Institucional (AI) que nos auxiliaram a acompanhar o usuário em seu nomadismo pela rede e trabalhar com a equipe de trabalhadores e pesquisadores. Implicação “(...) é a relação que indivíduos desenvolvem com a

instituição.” (MONCEAU, 2008), pode ser entendida como um nódulo de relações inevitavelmente presentes, nem boa nem má. Essa presença das nossas questões políticas, libidinais, econômicas, sociais, nas afinidades produzem zonas de invisibilidade nas nossas ações, pois nem sempre conseguimos identificá-las, por isso, a análise das implicações é necessariamente um ato coletivo que foi empregado durante os encontros em que havia o debate e a discussão sobre a condução da TEFS.

O segundo conceito/dispositivo que usamos foi Analisador, originado de Guattari (1972) e incorporado pela AI, é tudo aquilo que “faz a Instituição falar”, revelador de elementos pouco visíveis. Seria acontecimentos, no sentido de provocar rupturas, agregar fluxos, em uma possibilidade de produção de análise. Estes emergiam no cotidiano e no processo de cuidado que os trabalhadores apresentavam, durante os encontros, possibilitando ampliar e avançar na construção dos modos de existência e de cuidado da TEFS.

Incorporamos também a narrativa como ferramenta metodológica. Um potente intercessor, que foi capaz de ampliar os caminhos da investigação, como se verá mais adiante. A narrativa constitui um instrumento que empregamos na construção de experiências de vida das pessoas envolvidas com a TEFS, e onde podemos perceber as possibilidades terapêuticas e educacionais que podem ser proporcionadas ao cuidado e que incorpora nesta dinâmica mudança no plano do cuidar em saúde.

Associando a pesquisa interferência, os conceitos da análise institucional e a narrativa, nos debruçamos sobre as conexões produzidas pelo usuário na rede, seu sofrimento provocando interferência, e problematizando de forma coletiva o processo de trabalho nas equipes de saúde mental. Este modo de investigação favoreceu para que a

equipe de pesquisa (pesquisador e trabalhador) também se colocasse em análise, e ficássemos mais próximos da micropolítica e do microprocesso de cuidar, das repetições e das singularidades evidenciadas com o objetivo de deslocar o agir baseado no que já por demais é sabido, para o imprevisível e não sabido.

Para a discussão e análise dos resultados, optamos, neste texto, por uma apresentação em dois eixos, que caracteriza e que se relaciona ao modo de produção de conhecimento mais aproxima da dinâmica dos microprocessos do cuidado. São elas: “A requalificação da exaustão produzindo potência ao encontrar um plano de conexão a partir do encontro, em ato” e “A pesquisa com a TEFS: interferindo nos microprocessos de cuidar”. O primeiro eixo discute a partir dos encontros e do material das fontes, com a equipe e no coletivo, os planos de conexão que foram delineados neste processo e o segundo constitui um debate sobre a produção de conhecimento em ato, sobre o cuidado, produzido nos encontros de análise sobre as conexões da TEFS na rede.

A requalificação da exaustão produzindo potência ao encontrar um plano de conexão a partir do encontro, em ato

Uns dos achados iniciais das fontes selecionadas para o caso da TEFS e as diversas narrativas demonstraram a forma desconexa dos serviços no atendimento. Ações isoladas e fragmentadas eram produzidas, profissionais e pessoas de referência ressaltavam cada qual o seu empenho no cuidado com TEFS, mas por vezes não entendendo muito bem o porquê de estarem agindo naquele caso específico. Esforços pessoais ficaram evidenciados no meio

de uma gama de ações não sequenciadas e muitas vezes provisórias na produção do cuidado. No ato dos encontros coletivos, passamos a construção de um espaço intercessor, com mútua produção entre trabalhador e usuário, em ato micropolítico.

Nessa construção torna-se relevante o espaço comum, relacional Trabalhador/ Usuário, visto que:

Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. (MERHY, 2007, p. 5)

Os achados evidenciados acima se somam aos relatos recorrentes sobre agressividade da TEFS, de profissionais, familiares e vizinhos. Este material foi registrado e levado para o coletivo de trabalhadores/pesquisadores para que o caso pudesse ser aberto e discutido durante o processo investigativo. Algumas falas demonstraram, por vezes, um não ter mais o que fazer com a TEFS, certo desgaste ficou explícito, além de exaustão por parte da equipe. Contudo, foi-se produzindo encontros onde a tônica se transformava em evidenciar o quanto de novo havia se descoberto da TEFS e o quanto de velho trazia nuances de sua singularidade, como sujeito entrava em cena.

O grupo como um todo, pesquisadores e trabalhadores abriram uma ampla conversa implicada, uma discussão interessada, na busca de novos olhares para a TEFS.

Nesses encontros com a equipe foram compartilhadas as várias formas de conexão da TEFS com o mundo conexões que traziam a TEFS religiosa, agressiva, repetitiva,

pessoa com desilusão amorosa, etc, causando, por vezes, surpresas no que já se julgava sabido sobre a sua história de vida e seu sofrimento psíquico. Como, no caso, o porquê dos movimentos repetitivos com o braço, algo que estava sedimentado como característico se coloca em dúvida e se reavaliava o que já se tinha como comportamento recorrente. Neste sentido a agressividade, o movimento de se jogar e as fugas, estas sempre para os lugares de referência de sua vida, começaram a ganhar destaque e se articulando as necessidades existenciais de TEFS. Discussões essas que deram visibilidade para a equipe da importância de se tentar outros jeitos de cuidar com “Atos que agenciam uma rede de apoio e de cuidado a essa família ao produzir novas implicações com outras formas de tratar, ao reconhecer a produção de diferenças na repetição.” (MERHY et al, 2010, p.72)

Algumas estratégias e negociações poderiam ser acionadas, e foram, em especial com a criação de vínculo e responsabilização, e assim se deu o caminhar no processo de investigação. Como foi o caso do revezamento de técnicos para cuidar da TEFS em seu novo lugar de moradia, as negociações sobre onde dormir, as atividades domésticas e lúdicas, o uso do “seu sofá”, suas idas para a “clínica”, para a Igreja, para a sua casa, onde morou com a sua mãe, e visita a familiares e ex-vizinhos. Pouco a pouco essas ações foram dando espaço para que a TEFS e os sentidos que produzia para a sua vida fossem tomando espaço, na produção do cuidado desenhado pela equipe de saúde, com ações que não tinham receitas, mas que se forjavam em ato, em acontecimento, a partir do encontro com a TEFS e o seu modo de existir no mundo.

E é no território das ações cuidadoras que a negociação pode acontecer. A partir das mútuas afetações. É esse território que pertence aos usuários e a todos os

trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionado pela razão instrumental da clínica. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível fabricar o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. "(MERHY et al, 2010, p.73)

Assim, foi-se delineando um movimento, a partir da TEFS, que permitiu uma produção de atos compartilhados e intercessores que foram além dos recortes da investigação, produzindo análises, tencionamentos e dobras pra dentro e pra fora dos equipamentos e equipes diretamente envolvidos com a TEFS, tomando novos vultos que integraram e constituíram a sua rede de atenção, em que a requalificação da exaustão que se apresentava, foi produzindo potência, encontrando um plano de conexão a partir do encontro, em ato.

A pesquisa com a TEFS: interferindo nos microprocessos de cuidar

Os encontros durante o processo de investigação partiu da disponibilidade da equipe em trazer, a partir da memória de cada membro e da memória coletiva, um conjunto de fatos, acontecimentos que reeditavam em ato o cuidado sobre a TEFS no seu caminhar pela vida, acompanhando a dinâmica do seu nomadismo, permitindo

que, à medida que avançávamos nas repetições, fossemos nos surpreendendo com aquela usuária denominada como agressiva nas relações. (ABRAHÃO et al, 2012)

Conhecer a TEFS olhando para os acontecimentos, escutando as falas, as repetições e com a postura de que há muito a se conhecer da singularidade de quem se busca cuidar, isso foi um diferencial no processo investigativo. Esse movimento favoreceu colocar a TEFS e a equipe em análise, interferindo na micropolítica do processo de trabalho, nos microprocessos de cuidar.

Recolhemos neste percurso as TEFS que foram sendo apresentadas pelos vários interlocutores do processo investigativo, a repetição virou uma tônica (da fala do outro e do meu ato no outro), bem como o que se fazia inaudível. (MERHY et al,2010)

Este processo produziu diferenças na produção do cuidado, permitiu fazer uma pausa sobre o entendimento da equipe sobre o projeto terapêutico e requalificar a escuta das várias TEFS produzindo mecanismos que faziam intercessão entre os serviços e em nós, todos os envolvidos nessa investigação, direta ou indiretamente. As formas em que se apresentava e suas dobras, pela possibilidade das suas repetições e do não dito, expressão de dificuldades e desejos - ganharem espaço na sua existência no mundo. (ABRAHÃO et.al, 2012). Este movimento favoreceu para que a TEFS fosse entrando como protagonista na cena da sua história. (MERHY et al,2010)

Seguimos na análise centrada na lógica da mútua produção em ato micropolítico em que os processos produtivos operados pelos saberes tecnológicos da equipe de saúde ofereciam uma maior ou menor interdição à possibilidade de acesso e reconhecimento do mundo do usuário, ou seja, passamos a reconhecer que produzimos

mecanismos de capturas sobre as finalidades dos processos produtivos em saúde.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. (MERHY et al, 2010, p.73)

Reconhecemos aqui que são os encontros, o estar na experiência com o outro, que permitiu uma ampliação sobre a condição de objeto que colocamos o usuário. Neste movimento do encontro deslocamo-nos na produção de intercessores, em circulação de produção de vida, de decisão e de escolha. Estar atento a potência da repetição para aumentar as possibilidades de operar com as diferenças e não pelas generalizações e anulação do outro. Produzir diferença na repetição, na repetição do ato de cuidar e do que aparece em acontecimento.

(...) a necessidade de recolher movimentos ainda não observados, a-significantes, gestos indiciários, falas ainda inaudíveis, atos ainda não perceptíveis dessa mãe, dessa filha, nessa família.(MERHY et al, 2010, p. 70)

Foi preciso deixar-se afetar pelo corpo vibrátil e não pelo olho retina – experimentação do corpo vibrátil que dá lugar a outras experimentações – foi necessário desestabilizar todas as certezas sobre o outro e se abrir para os acontecimentos produzidos pelo encontro. Um saber que nos permitiu passarmos de um olhar do campo biológico e deixar se afetar pelo corpo vibrátil e não somente pelo olho retina, pela via do biológico. Na experimentação do corpo

vibrátil, ampliaram-se as zonas de produção do cuidado da TEFS.

É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção, para dar visibilidade às múltiplas estratégias de sobrevivência em ação, por mais estranhas e diferentes que sejam (MERHY et al, 2010, p. 71)

Perceber na fala do outro, o saber do outro – o seu sofrimento, o seu existir, bem como as suas possibilidades de construção de linhas de fuga – de pontes de cuidado que possam favorecer o seu andar pela vida. Essa posição do profissional implica em reconhecer de que há ângulos da história do usuário de que nada sabe, mas que quer saber, isto amplia as suas possibilidades de ofertas, de construção mútua de cuidado.

Pontos Finais

O processo investigativo em que se baseou esse texto foi para além da sua proposição inicial da pesquisa, vazou pelos grupos, pela equipe e serviços por onde essa dinâmica de olhar e de escuta, em ato, pode se espalhar. Criou conexão, criou redes vivas de conversações, permitiu um debruçar para os acontecimentos, em sua dinâmica produtiva e inusitada.

A produção de conhecimento no dia a dia dos serviços, onde os protagonismos se instauram, onde o agir se insere, onde se é possível ser com o outro, abre brechas e frestas para uma atenção mais aguçada para as existências. Quando se abre espaço, para o que se tem a dizer com as repetições produzidas no cuidado, se amplia as ofertas, alternativas,

alargando o caminhar do usuário pela vida.

O efeito dessa investigação para todos os envolvidos nessa dinâmica teve seu fim último não no grande achado – Eureka! Agora ficou fácil, aprendemos a cuidar da TEFS! Cuidar da TEFS continua sendo um manejo cuidadoso que requer tecnologias complexas e uma complexa rede de atenção. O interessante é perceber a importância dos serviços abrirem a rede como forma de constituir lugares e equipamentos que realmente fazem sentido na forma de existir interferindo no mundo de usuários e profissionais.

Essa foi uma pesquisa que interferiu no microprocesso de cuidar, para dentro do trabalho da equipe, permitindo negociações entre os serviços. Um estudo que atuou nas reflexões e nos agires de uma complexa rede de saúde mental.

Bibliografia

ABRAHÃO, Ana Lúcia; CAMPOS, A. V. ; TEIXEIRA SOBRINHO, J. F. P. ; CANAVEZ, L. S. ; OLIVEIRA, S. M. S. ; SCHIFFLER, A. C. R. ; MERHY, E. E. . Acesso e Barreira na rede de saúde mental no plano do cuidado: TEFS e suas conexões. In: Suely Pinto; Tulio Batista Franco; Marta Gama de Magalhães; Paulo Eduardo Xavier Mendonça; Angela Guidoreni; Kathleen Tereza da Cruz; Emerson Elias Merhy. (Org.). **Tecendo Redes: Os planos da Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS**. 01ed.São Paulo: HUCITEC, 2012, v. 01, p. 63-78.

CERQUEIRA GOMES, M.P. **Relatório de Supervisão clínico-institucional do CAPS Torquato Neto**. Rio de Janeiro, 2009(mimeo)

COSTA, J.F.**História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro:

Garamond, 2007.

GUATTARI, Felix, **Psychanalyse et Transversalité**,1972.

MARON, Glória. “Urgência sem emergência?”. IN: **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

MERHY, E. E.;FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MERHY, E.E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. – médico sanitaria- Professor colaborador na Unicamp e na UFRJ, 2007

MERHY,EE. **Fala no Seminário sobre Pesquisa Acessibilidade na atenção a crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no estado do Rio de Janeiro**, do edital Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (PP-SUS) – 2010/FAPERJ, 2013, apresentação Rio de Janeiro, 9:00h-17:00h.

MERHY, E. E.. **Pesquisa SM** – Acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Nº Processo575121/2008 4, CNPq. UFRJ. SSCF. 2011

MONCEAU, G.. **Implicação, sobreimplicação e implicação profissional**. Fractal Revista de Psicologia. V.20 n. 1 p. 19-26, 2008

RODRIGUES, H. B. C. **Intercessores e Narrativas**: Por uma Dessujeição Metodológica em Pesquisa Social, Pesquisas e Práticas Psicossociais 6(2), São João Del-Rei, p 234-242, agosto/dezembro, 2011

O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro

Monica Rocha, Leila Vianna, Nereida Santos, Maria Paula Cerqueira Gomes, Emerson Elias Merhy, Maria Alice Bastos Silva, Mariana Sant 'Anna Costa, Letícia Amadeu Gonçalves e Silva, Juliana Kaminski do Prado

Neste texto, apresentamos a experiência de mais um dos cinco municípios do estado do Rio de Janeiro envolvidos na pesquisa “Acessibilidade na atenção a crise nas redes de cuidado em saúde mental no estado do Rio de Janeiro”. Com o intuito de favorecer a leitura optamos pela seguinte estética do texto: inauguramos o relato dessa experiência com algumas breves considerações sobre a pesquisa cartográfica³⁷ além de alguns aspectos contextuais sobre o

37 A cartografia é um termo oriundo da Geografia e registra as paisagens que se conformam segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho do tempo, pela vida que ali passa. Gilles Deleuze e Felix Guattari (2000) captam este termo e o desterritorializa dizendo que as paisagens sociais são cabíveis de serem cartografadas. Eles também utilizam o termo mapa para descrever linhas, identidades, subjetivações da paisagem social como se fosse um mapa geográfico. Como expoente inicial da

município em questão; em seguida passamos a apresentação do caso-guia seguido pelo subtítulo – o Labor do cartógrafo – a produção das fontes. Nessa, parte discorremos sobre os critérios da produção das fontes da pesquisa nessa rede de saúde mental a partir do nomadismo e dos encontros do usuário –guia. Chegamos à apresentação dos analisadores de acesso e barreira- a denominação do usuário – Manuel Bumbalelê e o processo de trabalho. Daí em diante, encaminhamos o texto para recolher os efeitos da pesquisa em dois subtítulos: micropolítica dos encontros – efeitos da pesquisa e algumas considerações finais.

A proposta metodológica da pesquisa cartográfica é explorar as linhas e traçados por onde o cartógrafo / sujeito pesquisador faz sua investigação. Trata-se de uma pesquisa, cujo próprio processo de investigação e implementação modifica e atua, a todo instante, no objeto a ser pesquisado, desfazendo assim a separabilidade canônica de objeto pesquisado e sujeito pesquisador.

Os resultados da pesquisa ora apresentados são exatamente os efeitos da investigação naquilo que se pretendeu estudar. Essa é a condição da cartografia. Tais efeitos designam os desdobramentos decorrentes do método cartográfico, o qual incide, não só nas intervenções do e, no campo da própria pesquisa, como também, produz interferências, ruídos no próprio objeto da pesquisa.

Os efeitos da pesquisa ainda que tomados como resultados se diferenciam por uma questão de temporalidade, pois enquanto os resultados são posteriores ao processo da pesquisa, os efeitos são condição da própria pesquisa, no instante de sua incidência.

Neste caso, admitimos que as experiências de

discussão sobre a cartografia tomamos Rolnik (1989), que conceitua a cartografia como “a conformação do desejo no campo social”.

produção do cuidado e da própria pesquisa não se repetem da mesma forma de um lugar a outro. Estas ganham contornos específicos porque ganham dinâmicas próprias em cada lugar, e sofrem a interferência das equipes e dos processos de subjetivação, na sua singularidade. (MERHY et al., 2013)

Desta forma, o processo da pesquisa-intervenção, efetivamente uma pesquisa-interferência (MERHY et al, 2013), nos mobilizou, uma vez que, a pesquisa cartografia faz uma intervenção no locus da pesquisa, mas também produz ruído e deslocamento de tudo aquilo que já é dado como natural, ou visto como condição a priori do objeto a ser investigado.

Dito de outro jeito, o processo da pesquisa foi em si, não só a condição de visibilidade e dizibilidade³⁸ de seu objeto, bem como os seus efeitos, em acontecimento no processo da própria pesquisa, constituíram seus resultados. Tomamos a pesquisa como dispositivo causando desvio, produzindo movimento na equipe e em nós pesquisadores, no cotidiano do cuidado vislumbrado por novas possibilidades, percepções, interferências.

Nesse processo, tomamos o acesso / barreira “produzido” por dentro das várias conexões e traçados das redes de cuidado apontadas pelo usuário-guia³⁹ como objeto

38 Deleuze no livro Foucault, pag 60: Na verdade não há nada antes do saber, pq o saber na nova conceituação de Foucault , define-se por suas combinações do visível e do enunciável , próprias para cada estrato, para cada formação histórica. O saber é um agenciamento prático, um dispositivo de enunciados e visibilidades” (Deleuze G. **Foucault**. Editora Brasiliense, 1a Edição, SP, 1998).

39 O usuário-guia tem as características de um caso traçador do cuidado, um caso que foi como um fio condutor pelo complexo labirinto do cuidado em saúde. O caso traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde (Kessner et al.,

de investigação. A novidade ou invenção dessa pesquisa esteve justamente no traçado do usuário-guia no seu nomadismo a nos convidar a um mergulho nas suas redes existenciais, de tal modo que na imersão desse mergulho nos tornamos pesquisadores in-mundo (ABRAHÃO et al, 2013).

Mas antes de apresentarmos o caso do usuário-guia consideramos algumas particularidades sobre o contexto do município que revelaram a própria produção dos processos de trabalho/cuidado.

Entre as dificuldades relatadas pelos trabalhadores de saúde da unidade, foram destacadas situações do cotidiano que contribuíram para a conformação da equipe de pesquisadores locais. Do início da implementação da pesquisa, alguns profissionais interromperam seus vínculos contratuais com o serviço, e outros não se comprometeram com a pesquisa por diversos motivos, a saber: uns não poderiam sair do serviço devido ao pequeno número de profissionais para o trabalho na assistência; outros ou não se sentiram a vontade em participar da pesquisa, já que eram referências do usuário; ou ainda por não se sentirem motivados diante do contexto de vinculação trabalhista instável por que passavam.

Não foram poucas as falas recolhidas da equipe que apontaram a precariedade dos vínculos trabalhistas como principal ponto de tensão na assistência na unidade. Não

1973; Travassos, 1985 In: Carvalho, 2009). O método permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário. A lógica de construção do caso traçador baseou-se na ferramenta fluxograma analisador (MERHY, 1997).

Nesse estudo partimos do chamado caso-traçador / analisador, o usuários-guia (Silva, 2007), pois com ele andamos por lugares e percursos a conhecer, em ato.

restringir as tensões acerca da produção do cuidado apenas e tão somente a fragilidade dos vínculos trabalhistas, foi uma aposta da pesquisa. Nesse sentido, o caminho da pesquisa cartográfica colocou em ato, além de todos os feixes de forças dos vários movimentos, tensões e disputas que emergiram no território da micropolítica para esta produção. Tensões na produção do cuidado que em parte tinham origem na precariedade dos vínculos do trabalho, mas não se restringiam a ela. Tensões que revelam disputas de entendimento sobre as diferentes direções de tratamento e planos de cuidado entre a própria equipe.

O trabalho de campo foi realizado por um grupo de pesquisadores composto por três pesquisadores apoiadores e quatro pesquisadores locais, do serviço⁴⁰. Essa eleição foi coletiva, por ocasião do primeiro encontro entre a equipe da assistência do CAPS e as apoiadoras da pesquisa. Ao questionarmos a equipe - “Qual o usuário que mobilizava grande parte da equipe e que os “enlouquecia⁴¹”? Grande parte da equipe respondeu: “Manuel Bumbalelê”.

Havia um consenso em sua indicação, acompanhada de diversas reações por parte dos integrantes da equipe.

40 Para o trabalho de campo foram selecionados além da equipe de pesquisa, denominados de “pesquisador apoiador”, “pesquisadores locais” nos municípios. O “pesquisador apoiador”, foram profissionais vinculados a Coordenação de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, ao LETRAS do IPUB e pesquisadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-graduação em Clínica Médica da UFRJ. Os “pesquisadores do local”, foram escolhidos entre as equipes de saúde dos municípios, campo, da pesquisa. Os “pesquisadores locais” foram selecionados a partir dos critérios: conhecer a rede de saúde mental investigada; estar envolvido com o caso guia a ser investigado e apresentar experiência ou formação em saúde mental.

41 Louco muito louco - demandam muitas redes de cuidado e que criam, a todo o momento, muitos problemas para as equipes em termos de construção dos modos de cuidar em saúde mental. (Relatório Final da Pesquisa SM - MERHY2011)

Alguns trabalhadores prontamente se ofereceram para entrevistar as fontes que seriam selecionadas e outros quiseram ser entrevistados enquanto fontes, enquanto outros demonstraram resistência a participar, muito em razão da dificuldade que os mobilizava no encontro com Manuel Bumbalelê.

Apresentação do caso usuário – guia

A breve apresentação do caso que foi designado pela equipe do CAPS como o usuário-guia é uma compilação de dados de inúmeras fontes, tais como: prontuários, entrevistas com os trabalhadores, parentes, profissional de referência do caso, além do próprio usuário e pessoas da vida e locais por onde circulava e fazia as suas conexões.

As razões apontadas pela equipe para a eleição do caso guia foram indicadas pelo seu difícil manejo, suas inúmeras solicitações no espaço de convivência do serviço. Sempre tinha algo a demandar, demonstrava difícil inserção na sociabilidade, não só com a equipe, mas também com os usuários, além do mais, e não menos importante, em razão da nomeação a que era referido e reforçada a cada dia como Manuel Bumbalelê.

A primeira internação no Hospital Psiquiátrico do município se deu em 2003, consta no prontuário a descrição de um delírio no qual Manuel Bumbalelê dizia ter sido importunado pelo diabo que teria introduzido um objeto em seu ânus.

Após a internação iniciou atendimento no ambulatório do hospital psiquiátrico, e só depois da inauguração do CAPS foi transferido para este novo serviço. No início do tratamento comparecia pontualmente aos atendimentos,

mas por vezes passava semanas sem dar notícias, caracterizando assim, uma difícil vinculação com o serviço.

Quando criança e durante a juventude morou com os avós maternos, tendo no avô uma forte ligação. Há registro do início do uso de drogas aos 13 anos de idade e a intensificação deste durante o período em que morou em um município da região serrana do estado Rio de Janeiro.

Em várias fontes da pesquisa identificamos um marcador importante na montagem do caso. Manuel Bumbalelê teria se frustrado muito ao não passar no exame para ingressar no Colégio Naval. Desde então, foram inúmeros os relatos, os quais identificam esse momento como a “puxada” do fio de uma meada.

- “Aí, foi quando terminou, e que viu que não tinha mais, e uma semana chorando sem se conformar, ele então resolveu ir passear. Foi então que começou. Começou com uma cervejinha, que ia beber com os amigos, chegava em casa com cheiro de bebida (...).”

Em vários seguimentos das entrevistas com diferentes fontes há registro de uma infância com forte vínculo com os avôs, uma mãe muito jovem que se vê abandonada pelo marido:

- “(...) ele praticamente não teve pai. Com um mês de vida o pai dele foi embora, muito novo, nós dois éramos muito novos.”

A ausência do pai foi algo bastante marcado não só nessa entrevista, como na da sua mãe e do próprio Manuel.

- “(...) a maior revolta dele é a falta do pai. Porque quando ele procura pelo pai, ele diz que ele tem mais é que morrer, manda a mãe jogar ele na rua. O pai dele disse assim: ‘Se ele aparecer na minha porta eu dou um tiro na cabeça dele para matar logo’.

Manuel Bumbalelê também sofreu uma grande perda amorosa, muito em razão, segundo algumas fontes, da sua fixação sexual, pois quando seu apetite sexual não era atendido, ficava bastante agressivo:

“(...) ia se separar. É que queria sexo todo dia, que era uma pessoa que não sabia se segurar.”

No entanto, ao “comunicar-se com os anjos”, revelava que estes eram assexuados, donos de um verdadeiro amor, ao contrário do que acontecia aqui no mundo terreno, como sexo e drogas, e por isso, o Diabo estava aplaudindo: “(...) há uma sacanagem no mundo que eu não faço parte”.

Fixado nessa temática, falava muito das mulheres com bundas grandes e sentia-se perseguido por elas, a ponto de excitar-se e desejar gozar o tempo todo, mas ao perceber que não havia nenhuma mulher, sentia um enorme vazio. Bebia por conta desse vazio, conforme verificado em várias entrevistas das fontes.

Escutava vozes e gemidos pedindo-lhe que gozasse. Isso e algumas situações vividas por parte dos seus familiares, levou-lhes à identificá-lo como portador de “uma doença sexual”.

- “(...) ele esperava todo mundo dormir na casa, ele sempre teve muito essa mania, tirava a roupa e ficava se masturbando. Até que teve uma vez, foi aí que eu comecei a acreditar. Teve uma vizinha, assim de frente uma senhora (...)”

Manuel sentia-se perseguido na rua, pois tinha uma percepção de que as pessoas o olhavam de forma ameaçadora, sobretudo quando estava olhando as bundas das mulheres, e que todos os homens se comunicavam por Nextel para que a polícia passasse a persegui-lo. Sentia-se

agredido, sentia socos na cabeça e empurrões.

Em 2011 ocorreram dois episódios em que, após ter ingerido bebida alcoólica, foi atropelado. Lamentava-se de que a vida era difícil e que não teria mais jeito, o único jeito seria a morte, dizia não ter coragem para se jogar na frente de um carro, dar um tiro na cabeça, que não era homem suficiente para isso.

Neste mesmo ano também aconteceram dois movimentos importantes. Iniciou o trabalho assistido no Centro de Convivência, que era realizado com dias e turnos marcados e, após os dois acidentes relatados, decorrentes da desorganização em que se encontrava, e excessivo consumo de álcool e drogas, parou de frequentar o Centro de Convivências alegando dor no joelho e dificuldade de caminhar.

O segundo movimento foi o acompanhamento terapêutico com um técnico de enfermagem aos sábados. Após alguns meses este foi interrompido, segundo a entrevista com o acompanhante, por ele não cumprir alguns acordos pactuados e por desrespeitá-lo.

Há alguns anos a rotina de Manuel Bumbalelê resumiu-se a passar o dia no CAPS durante os dias úteis da semana, e no fim do dia se encontrava com sua mãe no trabalho. Essa dinâmica se estabeleceu em decorrência de situações de tensão com os vizinhos da vila onde residia - masturbação na varanda da casa, olhar as vizinhas nos afazeres domésticos fazendo provocações e insinuações. Deste modo, tinha que aguardar sua mãe sair do trabalho para irem juntos para casa, pois ficou proibido de ficar sozinho.

Embora tenha um casal de irmãos de uma segunda união, terminada, da mãe, estes aparecem pouco nas narrativas. A irmã não reside com eles, e o irmão mais novo

quando mencionado pelas fontes, aparece nas relações de conflito, disputa, mas também de proteção. Por ser o irmão mais novo (17 anos) é referido pelo próprio Manuel como alguém à quem não pode ferir, como uma certa proteção, por outro lado, também como alguém que disputa uma liderança e comando na casa e dos afetos da mãe, em uma relação tensa e intensa. Há também a preocupação com a condução da vida deste, e um receio de que curse a mesma rota de vida, considerada “errada”, que ele.

Labor do cartógrafo - a produção das fontes

Quando da definição do caso do usuário-guia pela equipe do CAPS, os profissionais referiram além das demandas continuamente presentes de Manuel Bumbalelê para com os profissionais, eles sentiam-se em diversos momentos sozinhos no caso.

Esta constatação pela equipe surgiu como um importante componente para a escolha do caso, sendo destacada a dificuldade em se fazer articulações com outros atores da rede devido as inúmeras “histórias” faladas sobre ele.

Além disso, a angústia e a ansiedade deste sujeito, seus inúmeros pedidos e o caráter de urgência em tudo que solicitava provocavam no outro uma reação negativa que muitas vezes, fazia com que fosse rechaçado. De fato, tínhamos um caso de grande mobilização da equipe, todos tinham algum episódio para compartilhar.

Era um caso, conhecido e reconhecido, no serviço e na rede por uma nomeação - Bumbalelê, esta fazia menção, de forma bastante contundente, a sua fixação por bundas de mulheres.

Assim, tínhamos como cenário para o início da pesquisa, a lida do cartógrafo, ou seja, trabalhar com todas as fontes primárias, mas também produzir outras fontes a partir daquelas e das indicações do próprio usuário em suas andanças para além dos muros do CAPS e da rede de assistência em saúde. Esse era o primeiro passo do cartógrafo, além de dar visibilidade e dizibilidade a partir e por efeito da própria pesquisa, para as redes de afeto em movimento.

Os técnicos de referencia foram fontes de grande valia, pois o conhecimento e a proximidade destes profissionais com Manuel Bumbalelê foram fundamentais para a eleição das fontes primárias e mais aquelas que foram “produzidas” nos desdobramentos da pesquisa. O mapa das conexões e das relações do usuário-guia incluíram: o próprio usuário, a psicóloga do hospital em que era internado, sua mãe, seus avós, o acompanhante terapêutico, o vigia do trabalho da mãe, seu médico no CAPS, o profissional de referencia no CAPS, o coordenador do Centro de Convivência, e os prontuários do hospital psiquiátrico e do CAPS.

A medida que as fontes foram vislumbradas e acessadas a partir dos lugares e das conexões que o usuário-guia produzia no seu cotidiano, os efeitos da pesquisa foram recolhidos, efeitos que, passo a passo, produziam interferência, ruídos e, com isso, novos sentidos.

Apresentação dos analisadores de acesso e barreira: a denominação do próprio usuário, Manuel Bumbalelê e o processo de trabalho

Ao tomar o seu apelido- Bumbalelê como um dos analisadores foi possível perceber o estado de solidão que

perpassava o caso. A solidão do usuário no seu próprio abandono, em uma espécie de abandono da equipe e da família. Como se a vida estivesse pronta para ser consumida em seu dia a dia, satisfazendo o seu desejo primordial, qual seja: estar pronta para atender o anseio de morte na repetição da rotina, que a consumia.

- “Aí, o que eu vou fazer? Pra onde que eu vou?” Ou então chega o feriado, o CAPS não funciona. `Pra onde que eu vou? O que eu vou fazer?`”

Não era visível uma vida contrariando o desejo da vida de um vivente que ao se inventar nela produz territórios existenciais de encontros. Não, ao contrário, iniciamos a nossa pesquisa também identificando uma solidão na equipe.

Era notório que a tensão produzida entre a equipe e o usuário foi um dispositivo de barreira, não estamos considerando como barreira condições físicas e ou burocrática de acesso aos serviços, mas, sobretudo, aquelas das relações e conexões afetivas, as quais dão apaziguamento ao sofrimento e sentido no viver. Interessamos aqui, problematizar em que consiste um projeto de cuidado nessa direção. Ou ainda, como sustentar algumas estratégias de mediação, num projeto terapêutico que demanda da equipe muito esforço e disponibilidade, frente à querência do usuário-guia.

A profissional de referência, também pesquisadora, a partir do estudo do prontuário entre outras fontes pode recolher que a nomeação “Manuel Bumbalelé” foi construída a partir de conversas entre a equipe do CAPS, relatos de sua mãe, dificuldades de manejo com o usuário na enfermaria, quando este abordava uma mulher e se masturbava, e ainda pela própria fala do usuário, que relatava as “bundas gigantes” que via. As entrevistas

com as fontes desde o início do caso recuperavam as narratividades as quais davam indícios da origem de seu apelido, como podemos recolher em diversos momentos.

Mas como isso se instalou? Há como identificar uma razão desencadeadora para isso? Nossa pesquisa não tinha como objetivo identificar essas motivações. Contudo identificar os agenciamentos coletivos de enunciação os quais produzem invisibilidades operantes, restringindo os encontros e comprometendo a potência do viver. O sofrimento de Manuel Bumbalelê não escapava desses agenciamentos ao mesmo tempo em que os produzia também.

As narratividades operaram sobre efeitos, o agenciamento coletivo de enunciação dissipava o sujeito da enunciação e fazia da linguagem uma operação no corpo e nos afetos, impregnando-o de sentido. O que importou nessa análise foi recolher do dito os seus efeitos, mais que identificar quem disse – o sujeito. O fato é que todos os conheciam como Manuel Bumbalelê, cuja nomeação o atrelava ao seu sintoma.

Na análise do caso identificamos esforços em diferentes estratégias do projeto terapêutico junto ao Manuel Bumbalelê. Era patente para a equipe seu sofrimento ao sentir o esvaziamento de sua vida. Ele falava do quanto sua vida era difícil e que não teria mais jeito, o único jeito seria a morte.

Em 2011, Manuel Bumbalelê teve duas situações de risco, em ambos os momentos ingeriu bebida alcoólica e foi atropelado, sendo resgatado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU e levado ao hospital clínico.

Na entrevista realizada com o técnico de enfermagem este relata que por oito meses atuou como Acompanhante

Terapêutico (AT) do caso. Até então, as internações costumavam durar em média quarenta dias, frente ao curto período fora do hospital psiquiátrico (quinze dias), eram internações subseqüentes. É relevante apontar que durante esse período o usuário não necessitou de ser internado.

Tratava-se de uma importante mediação no social que lhe produzia acessos. A mediação não estava centrada somente na saída em termos de um evento com a finalidade de ocupação de uma agenda de final de semana, embora tivesse sido esse o motivo pelo qual ela foi proposta, para atender a demanda de Manuel.

- (...) “estava fazendo uma saída com ele, de trabalho. Eu trabalhando e ele não tão sem lugar no final de semana.”

Havia outro deslocamento, além desse do evento de passeios, o das relações micropolíticas do cuidado. Talvez possamos considerar aqui, um duplo efeito, de acesso e de barreira. De acesso, na medida em que o deslocamento do evento passeio de ocupação de agenda apaziguou a angustia do vazio que Manuel Bumbalelê sentia ao não saber o que fazer nos seus finais de semana.

O outro efeito barreira produziu no acompanhante uma solidão junto a equipe, na medida em que as tensões decorrentes do estreitamento afetivo dos dois, nas relações micropolíticas do cuidado não foram contempladas na integração do projeto terapêutico como um todo. Havia um desgaste dessa relação sem que houvesse espaço de acolhimento dessas tensões.

- “Ele não me via mais como um técnico de enfermagem, ele me via como um amigo dele (...). Aí acabou o respeito e aí eu decidi parar.”

Recaiu sobre o acompanhante a sustentação desse

trabalho. Só, sem a inclusão dessa estratégia no projeto terapêutico, visando somente cumprir seu objetivo imediato. As dificuldades que emergiram nos passeios, no plano da micropolítica dos afetos e dos encontros não foram suficientemente exploradas e discutidas coletivamente, com a equipe.

- “Aí quando eu decidi parar ele internou, quando ele voltou, nós ficamos um período sem se falar. Ele não falava comigo, me olhava de cara amarrada.”

Estamos diante da visibilidade de uma barreira produzida por dentro do caso e das relações micropolíticas do processo de trabalho e cuidado. A análise das narrativas produziram deslocamentos e alteridades, nisso consiste a pesquisa, disso resulta o trabalho do cartógrafo. Os ruídos de interferência a aguçar a escuta.

- “A dificuldade imposta pelo trabalho e (...), são questões a serem elaboradas como intervenientes na construção deste processo, ficou insustentável”.

Emergiu a barreira que a insuficiência de exploração e discussão no plano da micropolítica dos afetos e dos encontros em equipe, como na situação do AT, produzem solidão. Não estar só, não é o mesmo que não ter solidão, uma solidão em companhia, em conversa, sem encontro produzindo barreira.

Micropolítica do encontro: efeitos da pesquisa

A solidão em que Manuel se encontrava era um rio de muitas águas. Ao ser entrevistado como fonte da pesquisa barreira/aceso pediu que entrevistassem seus avós maternos. A figura do avô lhe era bem próxima, pois

morou até aos treze anos de idade com eles. Atualmente estão muito idosos e com a saúde bem debilitada, e nessa altura com pouca disponibilidade física, afetiva e emocional para com os atropelos e demandas do neto, desta forma se vêem muito pouco.

Por ocasião, colocaram-se bastante disponíveis para receber a pesquisadora que fora visitá-los. O desdobrar da entrevista, no quanto ela tinha sido importante foi reconhecido tanto pela equipe local quanto por Manuel Bumbalelê, pois não havia relatos recentes sobre esse vínculo com os seus avós.

A análise da narrativa dessa entrevista deu visibilidade a uma rede de afetos com vínculos frágeis e esgarçados pelo sofrimento, outros, rompidos, mas que nos deram uma dimensão da desestrutura familiar com que Manuel teve que se ver em sua vida. Nelas surgiram elementos importantes para reflexão a respeito de invisibilidades afetivas do caso, as quais operam nos modos de subjetivações do viver.

Nesse sentido, o acolhimento e a integralidade são ferramentas de intervenção na direção de um projeto terapêutico que tome como eixo a promoção e a expansão dos territórios existências e o fortalecimento dos vínculos filiais.

Havia mobilização e acompanhamento pela família em todas as internações as quais o usuário passou, mas o limite para os familiares se anunciava, junto a um intenso sofrer. A família produziu narrativas que apontam a carência de ser integrada no projeto terapêutico.

- “Nós chegamos num ponto de ver que não tinha mais condição para... A gente tanto tenta, tanto tenta que um dia a gente desiste. É, porque ele não tem onde ficar. Aquilo ali [internação] é um ponto de apoio pra ele.

Semodeslocamentonecessáriodoprojetoterapêutico, centrado na internação, pois esta era recorrente, inclusive a pedido do próprio Manuel Bumbalelê, recaía sobre esses equipamentos e sobre a figura do médico a “providência divina”.

- “Eu queria muito que os médicos dessem um jeito, mas é o que médico disse pra mim: ‘Eu não sou Deus, minha senhora”.

Por um lado o cuidado centrado nesse mecanismo de internação, e por outro, quanto mais era itinerante na rede mais amarrado ficava em seu rótulo, cujo apelido fazia forte correspondência à sua implicação sexual.

- “(...) A mãe dele não tem muita paciência com ele, entendeu. Pelo rótulo que ele tem, ela tem um pouco de medo dele. Dele fazer alguma coisa em casa e trazer problemas pra ela, por isso que ela não deixa ele em casa.”

O frágil relacionamento com sua mãe e a dificuldade de manter o convívio com os seus avós, muito em razão das dificuldades impostas pela idade avançada deles, Manuel foi cada vez mais ficando sem lugar, físico e por que não dizer afetivo e emocional. Assim, configurava-se seu viver, assim tínhamos a composição de um dos platôs de suas redes de relações.

A dificuldade que Manuel tinha na forma como que seus sintomas se apresentavam, muitas das vezes obteve pelos seus pares a conotação de uma escolha deliberada de modos de viver. Essa era a compreensão que a família demonstrava ter – uma doença ligada à sexualidade, e assim, atravessada o tempo todo por um julgamento moral.

Mesmo os avós sendo capazes de reconhecerem que a frustração ao não ingressar no Colégio Naval e seu envolvimento com as drogas tinham consequências na sua

vida, não se descolavam de um julgamento moral.

- “(...) eu notei também que atrasou muito na vivência dele foi que ele quis fazer prova para a marinha e não passou. Ai ele se revoltou. Tentou [a prova] uma só. Porque ele dava aula para o colega e o colega passou na prova e ele não. Mas tudo porque ele já estava no meio da droga e a droga atrapalhou na ideia dele (...) Ele tinha 15 para 16 anos.”

- “Moral da história: É um safado! Sabe o que é um safado? É esse! É um pudim de cachaça. É safado, ordinário, não acredita nele, ele rouba dinheiro (...) é um safado... Não é um safado?”

Temos aqui o reconhecimento de uma barreira a restringir a integralidade do cuidado. Os familiares não tinham a dimensão que nisso havia um processo de restrição de vida e um sofrimento mental, deste modo cabendo apenas um julgamento moral.

Na linha de forças que se estabeleceram nas relações familiares foi notória a inquietação da mãe em procurar saber o que acontecera com seu filho de um lugar distanciado e muito preso ao campo do moralismo, carregado de pré conceitos:

“Eu já falei com ele, você vai acabar sendo preso, (...). Se for loira, peito grande e bunda grande, ele fica atrás(..). A pessoa pode pensar que você é um assaltante, rapaz. Ah, mas eu sou doente mental. Ah, agora você é doente mental?”

Considerando que o sofrimento de um sujeito está conectado a sua rede existencial, portanto o dizer do outro sobre si também produz determinações, as quais escapam da racionalidade, mas que operam no afeto, a linguagem faz o jogo de sentido.

E no decorrer da pesquisa, na medida em que as entrevistas eram realizadas, as informações que surgiam produziam conexões dos laços filiais desdobrando-se em acesso. Acesso porque essas narrativas abriam novas possibilidades de conexões na história de vida dele. Outras descrições de seu comportamento, afetos invadiam a cena antes monotemática: ele era o sujeito que tinha fixação nas bundas e ponto final.

Com essas fontes e as narrativas foi possível produzir alguns deslocamentos e efetivar outras proximidades, como no caso da entrevista com a mãe de Manuel Bumbalelê, que demonstrava ter muito que dizer sobre o filho e o que julgava ser importante da história do filho desde a infância.

A pesquisa cartografia produziu um elenco de fontes da sua rede de vínculos, nas quais o usuário–guia se ocupava no seu cotidiano.

Foi revelador para a pesquisa, nos depararmos com uma mediação, em princípio invisível, cujo efeito incidia sobre Manuel Bumbalelê.

- “Em diversos momentos, chegou ao CAPS relatando algumas conversas e “conselhos” dados por um segurança do trabalho⁴² da mãe. Segundo Manuel, eles conversam sobre as mulheres e sobre sua preocupação de nunca mais ver as bundas.

Tratava-se de um ator importante na rede de conexões produzida por Manuel Bumbalelê que era invisível para o projeto terapêutico singular. O segurança do trabalho da mãe aparece na pesquisa quando o cartógrafo toma como guia o mapa apontado pelo trajeto do próprio usuário.

42 Invisível porque essa pessoa só é identificada como possível fonte após a construção de um primeiro mapa de pessoas que tinha conexão com Manuel.

Na entrevista com o vigilante constatamos um mediador, cuja ligação com Manuel Bumbalelê era constituída por outra significação, e não aquela subordinada ao rótulo. A conversa com Manuel Bumbalelê o chamava para outro olhar sobre si mesmo e suas relações familiares.

“(...) E ele idolatrou a avó e o avô e eu falei e a sua mãe? Como que a sua mãe entra nisso? Como vai ficar sua mãe? Você não pensa nisso não? Sua mãe que sempre batalha aí por você?”

Uma mediação atravessada pela sensibilidade ao sofrimento do outro, um olhar a ver novas possibilidades, e nesse sentido com abertura para produzir acesso. Inaugurou-se uma narratividade sobre Manuel Bumbalele nunca antes produzida nos “equipamentos da saúde”.

- “Ele é uma pessoa lúcida, porém desorientado. (...) Ele não é totalmente orientado, ele tem uns pensamentos assim, meio errados, meio fora da realidade, ele pensa assim (...) eu dou muito conselho a ele, falo que não é assim, não pode ser assim. (...) Ele fala sobre drogas, fala sobre mulheres, ele tem certa obsessão por mulheres, além do normal. (...) É não, vou ficar alimentando, porque isso aí não é uma coisa (...) não é que site pornô seja uma coisa doentia não, mas é a forma como a pessoa vê, é obsessiva.”

Foi nesse espaço dos encontros da vida que o viver produziu o cuidado de si. Para fora dos muros do CAPS foram produzidas aberturas, brechas e a possibilidade de novos sentidos, não visíveis e incorporados no projeto terapêutico proposto para Manuel Bumbalele. A conversa convidava a novos lugares.

- “(...) eu falo, cara, você tem que arrumar uma namorada fixa. Mas pra você arrumar

uma namorada você tem que colocar a sua cabeça no lugar, você não pode continuar pensando da mesma forma.(...) E outra, você tem que trabalhar. (...)

Interessante a forma como o vigilante mediava a dificuldade que Manuel tinha com as mulheres, sem cair em argumentações moralistas, reconhecia nessa dificuldade um sofrimento.

“(...) Ele tem um biótipo que eu acho estranho. Até rio muito com isso, tipo assim, assim um exemplo, ele acha que a mulher melancia é pouca coisa pra ele. Tem que ser duas, três vezes aquilo. É coisa assim surreal, eu rio muito com ele. Por isso que eu falo que tem algo orientado, porque ele não tem muita noção, ele viaja nos pensamentos dele. Aí eu comento muito, chamo a atenção dele, falo, ele aceita numa boa. (...) Não, não é o biótipo de uma pessoa normal.

O efeito produzido por essa narrativa é a constatação de que instituir mediadores em diferentes contextos possibilita a construção de laços para Manuel Bumbalelê. Um caso com um percurso de treze anos de projeto de cuidado na direção da construção de um lugar, ainda que restrito aos espaços da saúde mental, não se mostraram tão suficientes quanto a mediação desse encontro no mundo da vida, ou seja, no cotidiano do usuário. Esse é um resultado do trabalho do cartógrafo ao explorar a rede de relações que configuram o território existencial de Manuel Bumbalelê.

Dessa forma, aquele que era produtor de barreira e de rechaço em relação aos seus vínculos, teve fora dos muros do CAPS outro reconhecimento, diferentemente de todos aqueles, que até então, foram reforçados pela rede de atenção e pela família.

“Mas ele é um garoto muito bom, um garoto muito bom. Eu converso com ele, porque mesmo assim ele tem uma índole boa, é um garoto bom. No fundo, no fundo eu acho que ele quer mesmo sair desse tipo de vida. (...) Porque ele foge um pouquinho da realidade então falar a verdade pra ele se situar, eu acho importante, eu acho importante...É, eu tento mudar o foco.

- Pô Manuel Bumbalele, vamos conversar sobre outra coisa, esquece mulher. (...)

É importante dar passagem a seguinte dizibilidade, até então ensurdecida, Manuel Bumbalele é gostável, ao contrário da referência que mobilizava a equipe na escolha do caso, alguém que produzia, no outro, rechaço. Uma vertente potente para e também sobre a equipe impondo a análise do processo de trabalho e cuidado do caso uma nova moldura.

Seu apelido tão carregado e associado ao seu fetiche – bundas de mulheres, a ponto de ter sua identidade resumida a ele, foi atravessado por uma mediação a qual faz justamente um esforço na direção de seu plano terapêutico, ou seja, desfazê-lo. A pesquisa intervenção/interferência produz esse ruído para dentro da equipe de pesquisadores, como veremos a diante.

- “Ademais, ficou conhecido como “Manuel Bundalelê”, o que dificultava e dificulta que as pessoas escutem outras coisas para além da sua relação com as mulheres.”

Não menos importante foram os efeitos da entrevista com os seus avós. Manuel Bumbalelê ficou surpreso com a ida das pesquisadoras na casa de seus avós e imediatamente quis saber o que eles haviam falado e quem os entrevistou. Apesar do distanciamento físico eles mantinham um vínculo

bem estreito. O avô mantinha regularmente uma mesada, cujo destino era para visitas a termas e casas de massagem. Era difícil manejar esse dinheiro, ficava sempre muito ansioso com o destino do dinheiro e com que mulher ficaria. Acabava por chegar em casa quase sempre embriagado. Usava esse dinheiro também para o consumo de álcool e drogas e não foram poucas as vezes que se colocou em risco, era ameaçado e agredido.

A partir dessa mobilização e interesse em torno de seus avós Manuel Bumbalele pôde dirigir-se a sua psicóloga e iniciar uma conversa sobre o manejo que fazia do dinheiro dado pelos seus avós. Questionou-se por que o dinheiro da bolsa de trabalho era gasto de uma forma, com lanches, cigarros, visitas a “lan house” e revistas, por exemplo, e o dinheiro que seu avô lhe dava era gasto com álcool e drogas. Pôde chegar à conclusão que sua mãe mediava o dinheiro da bolsa de trabalho, ia com ele ao banco, comprava os cigarros e separava o restante do dinheiro para fazer outras coisas. Foi um efeito importante quando novos enunciados puderam circular, os quais produziram deslocamentos na relação mãe – filho na condução de um cuidado compartilhado. Aqui mais um traçado delineado pelo cartógrafo, efeitos no ato da pesquisa, a produção de acessos.

Importante considerar que um dos vetores para avaliação da própria pesquisa foi a incidência imediata no objeto de estudo, aqui no caso, acesso e barreira. Recolhemos imediatamente e, como parte integrante do próprio fazer pesquisa a produção de acesso, visto que, a partir disso, Manuel Bumbalele pôde se dirigir a sua psicóloga e pedir ajuda para gastar o dinheiro que seu avô lhe oferecia. Chegou a falar o nome de um técnico de enfermagem que poderia ir com ele até a casa do avô, depois a “lan house”, a banca de jornal e etc. Aqui temos a

escuta do pedido de mediação protagonizado pelo próprio Manuel. Nesse momento, há o reconhecimento por parte de suas referências na equipe que é possível iniciar outro trabalho ligado a mediação do uso do dinheiro, até então, interditado por Manuel Bumbalelê toda vez que alguém tocava nesse assunto.

Assim, mais uma vez o acesso se fez presente, visto que a profissional passou a aparecer como alguém que se oferecia e possibilitava uma assistência. Ele passou a falar de medos e angústias, fazendo um pedido de mediação na relação com a mãe.

Outras mediações foram evidenciadas a partir da cartografia, sobretudo no que diz respeito a impregnação pejorativa de seu apelido.

Na entrevista com o profissional do Centro de Convivência a pesquisadora local pergunta ao mesmo como o apelido de Manuel repercutia naquele ambiente.

“(…) É assim, eu falo assim porque se ele já é conhecido por isso e eu acho que quanto mais ficar falando disso vai perturbar ele e vai focar pra outras coisas, pra uma parte que de repente que isso é um sofrimento pra ele em relação à vida dele normal que ele tenha. A gente procura vê a parte positiva...”.

A micropolítica dos afetos, o encontro e o projeto terapêutico guiado pelas conexões existenciais do usuário na sua produção de mundo emergiu como uma aposta em oposição a versão moralista em relação a sexualidade. Essas versões se apresentaram de várias formas, e repercutem na produção da vida de Manuel Bumbalele, que se defendia desse tipo de tratamento e desta nomeação. Tal como ficou evidenciado ao analisarmos o relato do médico que o acompanhava em uma de suas internações.

“Fala que gostar de mulher não é nenhuma doença (...).”

Considerações Finais

Aos poucos, foram recolhidas nas entrevistas das diversas fontes os fragmentos da história de Manuel Bumbalelê e reconhecidas outras conexões existenciais passíveis de serem incorporadas no seu projeto terapêutico, para além daquelas já identificadas no serviço.

Verificamos também de que a produção de acessibilidade e barreira no cuidado em saúde mental relacionava-se ao processo de trabalho da equipe e sua micropolítica, ou seja, com as possibilidades dessa equipe reinventar seus trabalhos cotidianos, de produzir apostas de cuidados que vão para além dos territórios estritamente de saúde, que reconheçam as redes rizomáticas⁴³ dos diversos territórios de andar a vida, tal como foi ratificado no pedido de mediação por parte de Manuel.

A pesquisa também possibilitou verificar que a rede de Manuel Bumbalelê se restringia a família e a alguns serviços da saúde mental do Município. Nos últimos dez anos a precarização da saúde dos avós teve razoável influência para o empobrecimento das relações no social de Manuel Bumbalelê.

Os efeitos da pesquisa para os participantes do processo produzem interferência e ruídos que se propagam, condição do método cartográfico. Assim, a

43 “As redes rizomáticas combinam com a ideia de um serviço de saúde centrado na ética do cuidado, operando as tecnologias relacionais como o centro nevrálgico da atividade produtiva.” “Se estabelecem continuamente, com mutas entradas”. (Franco, 2006; Franco e Merhy, 2008).

equipe de pesquisadores local imediatamente capturada pelas interferências da pesquisa identifica um novo vínculo e acolhida com mãe de Manuel Bumbalelê, que passou a participar mais assiduamente das reuniões com a psicóloga e o médico de referência, e com a coordenadora do CAPS. Ela mais próxima e integrada ao projeto terapêutico produziu uma nova forma de encontro da equipe com Manuel Bumbalelê. Esse é um importante efeito da pesquisa.

Não menos relevante, acerca dos efeitos da pesquisa, a equipe da assistência que acompanha e convive com Manuel Bumbalelê percebe como o seu “apelido” construído ao longo da vida junto a família e no tratamento, produziu acesso ou barreira, a partir da tomada de posição da própria equipe.

Na análise realizada pela equipe junto às pesquisadoras locais e as pesquisadoras apoiadoras, foi possível reconhecer que são efeitos da pesquisa, os avanços que foram se dando com um usuário “louco, muito louco”, muito grave, que percorreu alguns serviços da rede de saúde mental de Município. Não se nega que, em alguma medida, havia uma direção construída no caso. Entretanto, para além desta, reconhece-se que ainda se tem muito que aprender e construir com Manuel Bumbalelê. Podemos afirmar que o reconhecimento que o protagonismo do cuidado de si firmado em muitas das conexões do próprio usuário revela para a equipe não só o desejo de aprender com ele, mas também o de reconhecê-lo como um sujeito gostável e com planos de vida.

A partir da pesquisa, uma maneira interessante que ganhou visibilidade foi a importância da construção da função de (um) mediador ao lado de Manuel Bumbalelê. Essa função mediadora é uma tecnologia de cuidado capaz de produzir acesso. Qualificar a função de emprestar a

contratualidade agregando a esta a função a de mediador diz da posição que podemos produzir muitas vezes acesso aos mais variados laços no social a partir das fontes apresentadas pelo usuário. Um efeito/ruído de qualificar o tão custoso projeto terapêutico do usuário.

A pesquisa foi intercessora⁴⁴ na produção e ampliação das fontes. Gerou novas narrativas, desconstruindo a qualificação central de um homem marcado apenas pela narrativa sexual. Assim novos territórios existenciais foram produzidos. Ou seja, na medida em que o caso pesquisado era cartografado, o significante sexual perdia a sua força como centro, abrindo para uma multiplicidade de rede de existências. O encontro com o apoio, pesquisadores e fontes foi ampliando a visibilidade no território obtendo uma implicação para o caso. Ao construir novas narrativas, novos processos de subjetivação foram produzidos. Essa é a aposta em uma pesquisa cartográfica.

44 “intercessores” é usado com sentidos de resultado de um processo singular, constituído pelo encontro dos dois em um único momento. Designa o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou. O espaço intercessor é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas.

A constituição do espaço intercessor é explorada como lugar de vozes e de escutas, isto é, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades - demandas.

Reconhecer a existência deste processo singular é fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, se tentar descobrir o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior. (Merhy, 1999).

Bibliografia

ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum** (UFRJ), v. 1, nº 39. 2013. p. 133-144.

BAREMBLIT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. Fundação Felix Guattari. Belo Horizonte. 1992.

CARVALHO, L. C.. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado) – UFRJ / Faculdade de Medicina / Programa de pós-graduação em Clínica Médica, 2009.

DELEUZE G. **Foucault**. Editora Brasiliense, 1ª Edição, SP, 1998

DELEUZE, G, GUATTARI, F: Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, G, GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo, Editora 34, 2000.

FAPERJ/PPSUS. **Relatório Final**. 2013.(mimeo)

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). In: **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-473.

FRANCO, T. B. e MERHY, E. E.. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.5 [cited 2013-11-24], pp. 1511-1520 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500016>.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis, Editora Vozes, 1986. 6ª ed.

KESSNER, D.M., KALK, C., SINGER, J. Assessing health quality- a case for tracer. **N. Engl. J. Med.**, n. 288, p. 189-94, 1973

LOURAU, R. **Análise Institucional**. Hucitec. São Paulo, 2004.

MAIRESSE, D.. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T. e KIRST, P (orgs). In: **Cartografias e devires: A Construção do presente**. Editora UFRGS. Porto Alegre, 2003.

MERHY EE et al. **Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS** (A Produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde - Avalia quem pede, quem faz e quem usa - Pesquisa Interferência). Relatório Técnico Final. Setembro/outubro de 2013.

MERHY EE. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. São Paulo: CINAEM; 1999. (Coletânea da CINAEM – Oficina A Gestão de Escolas Médicas).

MERHY, E.E E FRANCO.T.B. **Mapas Analíticos**. Rio de Janeiro, 2007. (mimeo)

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

Merhy, E.E. e AMARAL, H. (orgs.) **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. Hucitec. São Paulo, 2007.

MERHY, E.E. et al. **Relatório preliminar do projeto de pesquisa implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes** [relatório preliminar de pesquisa]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006-a.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al **O trabalho em saúde:**

olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006-b.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SILVA, E. **Circo-teatro**. Benjamin de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil. Altana. São Paulo, 2007.

As diversas formas de experimentação da crise no encontro entre trabalhadores e usuário na produção do cuidado em um CAPS no Estado do Rio de Janeiro

Magda de Souza Chagas, Claudia Talleberg, Maria Carolina Souza, Eliene Fernandes da Paz

Introdução

A pesquisa Acessibilidade na atenção à crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro teve como principal objetivo⁴⁵ apresentar como as Redes de Atenção Psicossocial (RAP) de cinco municípios do estado sustentavam a acessibilidade e a produção do cuidado na atenção à crise em saúde mental. Para o desenvolvimento da mesma, algumas apostas foram feitas, como: a de misturar pesquisadores e sujeitos da pesquisa, na perspectiva adota por ABRAHÃO et al(2013)

45 Relatório final da pesquisa Acessibilidade na atenção à crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro. Edital Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (PP-SUS) - 2010/FAPERJ

com o pesquisador in-mundo (capítulo adiante, nesse livro) que “emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo” e assim uma possibilidade de provocação e a partir daí recolher o que viesse a surgir e refletir sobre o cuidado; uma outra aposta foi adotar como um dos fios condutores a construção de encontros entre pesquisadores apoiadores (participantes do núcleo da pesquisa) pesquisadores locais (trabalhadores do serviço onde seria desenvolvida pesquisa) e demais trabalhadores do serviço.

Cabe aqui destacar a dimensão de encontro que pretendíamos sustentar ao longo da pesquisa: - Seriam quaisquer tipos de encontro que atijariam e contaminariam os pesquisadores e trabalhadores de mundo? Como o de dois objetos ou de duas pessoas caminhando pela rua? Não necessariamente. Aqui utilizamos o conceito de encontro em Spinoza a partir da leitura que Deleuze faz de sua obra (DELEUZE, 2002), nos cursos ministrados em Vincennes. Encontro é algo que altera os corpos, afetando-os, efetuando não só a mistura dos mesmos, mas modificando-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo, que se constrói em ato, tal qual a imagem do surfista e da onda.

O surfista não sabe antecipadamente a forma da onda que ele vai pegar ou os movimentos que ele vai fazer. Isso acontecerá no encontro, naquele momento em que a onda estiver se fazendo e o surfista surfando-a, numa bela definição do ser, sempre em devir (LINS,2008). Segundo Deleuze (2013), “Os surfistas pensam o que fazem” e também criam dispositivos, extracorporais que compõem este encontro, como a prancha, o leme. Os corpos, seja do surfista e da onda, dos trabalhadores de saúde e do usuário e os dispositivos produzidos por estes, emitem, signos,

sinais que se dispõem a serem decifrados, que nos força a pensar, nunca como ação voluntária, mas como violência, como interferência. Que signos a experimentação do “louco muito louco” com as equipes nos fazem pensar? Que dispositivos as equipes, no encontro com os usuários e os pesquisadores podem engendrar para produção de redes transversalizadas de produção de vida e de sentido para os usuários? Os encontros na pesquisa foram pensados assim, sem pauta prévia e sim as necessidades que surgiam, os acontecimentos.

Decidir por uma pesquisa intervenção e despojar-se de a priori no mergulho no campo oferece a oportunidade de surpreender-se. Este texto é fruto desta pesquisa que tem várias possibilidades de resultados, aqui será abordado, terá vazão o diferente, o escondido, o que não se queria deixar à luz, o não visível, o revelado com a pesquisa. Ou seja, abordaremos aqui “quando a equipe se vê diante dela mesma” vivendo suas fragilidades, o que poderíamos também denominar de crise na equipe, como produzir dispositivos de autoanálise nas equipes? E ainda apresentar o dispositivo que construímos com esta equipe.

Processo de re-construção da pesquisa com os trabalhadores da rede

Foram 5 (cinco) encontros realizados no campo no decorrer da pesquisa, cada um com uma tônica singular que refletiam os acontecimentos do e no grupo.

O primeiro movimento da equipe foi a escolha do usuário-guia⁴⁶, um caso de grande complexidade em termos

46 O usuário-guia tem as características de um caso traçador do cuidado - institucionalizado e não institucionalizado, escolhido entre os usuários que circulam nas redes de cuidados da saúde mental e nas estações de

de cuidado, onde um repertório mais formalizado de atenção não produzia sentidos concretos para a vida do usuário, assim como para a própria equipe, desestabilizando-a, no que se refere as suas práticas e caixa de ferramentas usualmente utilizadas.

Os usuários-guia foram denominados de o “louco muito louco”⁴⁷, no sentido de romper com as características diagnósticas preexistentes nos sistemas de classificação das doenças (CID 10,1993 e DSM IV, 2002), assim como de redução do percurso peculiar do usuário a um sistema de sintomas e sinais que operam de forma restrita na esfera da doença e não no plano aberto da vida dos usuários, para além de sua doença, vislumbrando outras conexões que este produz para si a cada incursão pelas diferentes redes em que transita: de sociabilidades, afetivas, de saúde. Tecedura não hierarquizada, mas transversalizada, com distribuição e desacomodação das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida.

A escolha do “louco muito louco” pela equipe externalizou ambiguidades na relação da equipe com o próprio caso escolhido, Sócio-Fundador (SF). Logo no primeiro encontro entre as pesquisadoras e a equipe vários discursos surgiram, fossem estes de interdição ou acolhimento de SF no serviço, sustentados pela questão diagnóstica e sobrecodificada por certo perfil de usuário de saúde mental: “Será que ele é paciente para CAPS?”, “Será que é paciente?”; ou pelas afecções provocadas em certos

cuidado dos seis municípios laboratórios. (Relatório Final da pesquisa Acessibilidade na atenção a crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro, 2012).

47 Louco muito louco - demandam muitas redes de cuidado e que criam, a todo o momento, muitos problemas para as equipes em termos de construção dos modos de cuidar em saúde mental. (Relatório Final da Pesquisa Saúde Mental - acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Merhy, 2011).

encontros do SF com a equipe: “Ele entra por aquela porta, eu saio pela outra”; “Tenho medo dele agredir”, “Tem um GPS⁴⁸, quando ele vai para o outro serviço, já avisam que ele está para chegar”; ou ainda a partir das afecções, uma abertura crítica no cotidiano do serviço: “Não sabemos o que fazer”; “Ele é nosso, sempre foi nosso”. As ambiguidades estavam expressas ainda na indefinição do projeto terapêutico singular, desresponsabilização na transferência e retomada do cuidado uma vez que o usuário se encontrava internado; informação de que o serviço deu alta ao usuário encaminhando-o à policlínica para eventuais atendimentos “devido insustentabilidade”; e proibição de frequentar o serviço. Todos os relatos surgiam encarnados, costurados por situações de agressividade, violência e de afrontamento do mesmo às normas institucionais. Estes e tantos outros revelavam as dificuldades da equipe com o SF.

Diante da posição paradoxal, qual o papel da pesquisa? O que certa hesitação e “flutuação” da equipe frente ao caso expressavam concretamente? O que esta expressão poderia sinalizar diante do que se planejava investigar como acessibilidade e barreira? Como esta atravessaria e provocaria o campo? O que o campo provocaria em nós pesquisadores apoiadores? Seria papel da pesquisa interrogar o campo a partir das afecções⁴⁹ suscitados por este?

48 A equipe faz referência ao sistema GPS: Sistema de Posicionamento Global, que é um elaborado sistema de satélites e outros dispositivos que tem como função básica prestar informações precisas sobre o posicionamento individual de um objeto no globo terrestre.

49 Lançamos mão do conceito de afecção criado por Spinoza em seu livro *Ética* e reapropriado por Deleuze no livro *Spinoza, filosofia prática*, segundo o qual afecção é o estado de um corpo sofrendo a ação de um outro corpo, configurando uma mistura de corpos a partir dos encontros, modificando-os, especialmente aumentando ou diminuindo sua potência de agir no mundo. Encontro pesquisadores-campo/campo-pesquisadores.

Era possível reconhecer nas falas linhas de força na construção do campo da pesquisa e na sua relação com o “caso”: linhas de Impossibilidade/Impotência frente a SF, mas também linhas de Possibilidade/Potência que tensionavam e desacomodavam a equipe, num movimento prospectivo na direção do acolhimento do caso pelo serviço.

Abaixo alguns recortes de falas de trabalhadores do CAPS, onde são reconhecidas linhas duras do discurso moralizante-individualizante, sobreimplicado, trazendo a produção da periculosidade e do “caso padrão”:

Nós estamos em cima do muro na verdade, não temos proteção do sistema, se ele vier é der uma facada o que acontece com a gente, as coisas são complicadas, com que garantias nós vamos trabalhar? Porque da última vez ele não foi dando sinais ele estava como agora falando normal, será que somos nós que colocamos a barreira ou a barreira é do sistema e a gente está neste sistema? (Recorte de um(a) profissional do CAPS)

Deveria ser tratado na cadeia, existem algumas falas que dizem que ele já passou do doente mental, que ele é um delinquente e para a delinquência nós não estamos preparados pra isso. (Recorte de um(a) profissional do CAPS)

Aqui linhas mais flexíveis, de estranhamento e de implicação que deslocavam o caso padrão individualizante SF, para uma dimensão coletiva, tomando a crise da equipe na relação com a sua produção do cuidado como “caso”:

Acho que uma pergunta que fica para mim,... Nas nossas relações particulares a gente fala assim – Não quero esta pessoa mais na minha vida, acho que a gente tem todo o direito de fazer isto, mas a minha pergunta é: A gente, como serviço de saúde, se a gente pode dizer isto para um

sujeito? A gente pode se posicionar assim, como em um passado recente a gente disse: Olha não queremos você, aqui está o seu documento, a sua alta administrativa. Acho que de uma forma individual aqui cada categoria pode, o meu código de ética me permite não atender determinada pessoa em determinada situação, me resguardo no código de ética, agora o serviço pode? A gente pode dizer isto? Aí, jogo pra gente, o serviço pode fazer isso?

Entender a crise para além do que podemos tratar com Fernegan, Haldol, entendeu?

O que reconhecemos como crise, o é pensar a crise para além de um repertório mais instituído que é o remédio, comida oficinas, o cara está delirando, e com isso, em geral, a gente consegue lidar, mas que crise é essa que vaza e não conseguimos dar conta? Se isso não é cuidado o que é cuidado então? Porque ai a gente tira essa coisa do personagem SF, focando mais no tema da crise e ai eu acho que a gente fala muito da questão da crise, do risco o que nos protege. (Recorte de um(a) profissional do CAPS)

Que crise é essa que um caso pode instaurar na equipe? Que cuidado é esse? E se não é cuidado, o que, que é?

Esta dobra produziu uma torção da pesquisa sobre ela mesma, colocando-a numa outra perspectiva: em vez de tomar o caso SF e a crise, tomar a crise do serviço e sua relação com situações de crise como o eixo problematizador da pesquisa e utilizando como fonte os discursos produzidos durante os encontros com os trabalhadores do CAPS.

Esta “torção” da pesquisa sobre ela mesma apresentou uma exigência metodológica a partir dos novos problemas

que foram colocados pela experimentação no campo, frente aos desafios e impasses que se constituíram de forma imanente. A prática cartográfica deslocou e desacomodou tanto seus sujeitos, como seus objetos, produzindo novas e inusitadas conexões entre estes.

A (in)visibilidade da crise na equipe

Os tensionamentos intra-equipe aumentaram a partir de questionamentos de membros da equipe, como: “Por que ele nos desafia?”, “É possível pensar em alguma oferta para SF, pensar no Plano Terapêutico Individual (PTI)?”. “Será possível reintegrá-lo ao serviço?” Foi possível perceber ainda no local, no ato, o quanto o encontro se apresentava potente e interventor nos presentes. As práticas discursivas revelavam que havia dificuldade circulante de localizar o papel da equipe, e, sobretudo de ressignificar o cuidado (e sua lógica) ofertado. Diante dos embates produzidos no serviço, tanto a responsabilização da equipe como a culpabilização do louco muito louco circulam na retórica dos profissionais a partir de uma linha muito tênue.

A responsabilização da equipe compreende múltiplos significados. Um deles é a dificuldade de renunciar a lógica de cuidado rígida, cativa dos muros institucionais e de se distanciar de paradigmas que reduzem o sujeito a propostas terapêuticas distanciadas de seu cotidiano. Podemos pensar a responsabilidade também como produtora de acesso e barreira no campo do cuidado em saúde mental.

A falta de supervisão clínico-institucional foi um atravessador presente e surgia a cada encontro e direcionada à pesquisa. Neste sentido, a aposta foi a pesquisa podendo produzir como um de seus efeitos o

fortalecimento da equipe como coletivo e a partir disto sustentar outros espaços, inclusive a reivindicação de uma supervisão clínico-institucional.

A crise na equipe ainda não tinha visibilidade dos próprios trabalhadores e assim foi trabalhado com a produção de montagem de várias narrativas fragmentadas e, simultaneamente de desmontagem quanto a uma narrativa hegemônica, padrão do caso usuário-guia, que reforçava sua identidade e unidade (BARROS e PASSOS, 2009), mas que, no encontro entre usuário e equipe fez transbordar outros modos, para os quais os trabalhadores enunciavam: “Não sabemos o que fazer”. O tratamento de montagem-desmontagem tomando como disparador as narrativas, possibilitou apreender neste campo da pesquisa, o reconhecimento e em alguns momentos, a ruptura com a repetição (aquilo que nos faz re-conhecer e reificar “este “ou “aquele caso”) e afirmação da diferença (aquilo que nos força a pensar, e não a identificar e reproduzir) , para a construção de sentidos com o “outro” no mundo do cuidado. (MERHY, FEUERWERKER e CERQUEIRA, 2010)

A pesquisa intervenção começava a desdobrar. Mesmo sem reconhecer a crise em que viviam, a equipe provocada pela pesquisa, se organizou e construiu oferta de acolhimento para o momento da alta e SF foi integrado ao serviço. Estavam os trabalhadores do serviço em intensiva experimentação de novas práticas, novos olhares para o mesmo. A pesquisa intervenção estava em franca atividade. A equipe vivendo a experimentação de olhar para SF com e a partir de outros pontos de vistas, o que possibilitou aos trabalhadores perceber, ver e relatar “um novo SF”, com mais organização na vida cotidiana e o perceberam neste momento não mais como figura ameaçadora, mas como “MISS Simpatia”, receptivo ao CAPS. Segundo uma das pesquisadoras locais atuantes no serviço, esta conquista

de organização da vida cotidiana fora do serviço se deu por autonomia do próprio SF e que a afecção da equipe era, naquele momento, experimentada como “desarmamento” e acolhimento.

No entanto, uma aposta como a que a equipe decidiu, diante da crise que já viviam, das fragilidades que operavam naquele coletivo, impunha acompanhamento e constante reorganização diante dos movimentos do viver a vida desestruturante e desordenada de tantos usuários, que exigem das equipes atuações intensivas e constantes formações e reformações de arranjos no cuidar. Um caminho tomado, uma aposta decidida, não vem acompanhada da certeza do sucesso absoluto.

Saber olhar para os resultados e trabalhar novos disparos, novos rearranjos no cuidar do “louco muito louco”, não é tarefa fácil para quem está no meio do problema, no “olho do furacão”, com tantos afetos e afecções em jogo. Reconhecer que o resultado da aposta, que o sucesso pode ser a flexibilidade da equipe, sair da posição de exclusão e a tentativa de construir projeto de cuidado, a discussão coletiva, a revisão da oferta de cuidado, a revisão do papel do serviço na vida dos usuários, impõe manejo e acompanhamento intensivo e intenso da equipe, como de qualquer usuário em crise. Caso contrário, qualquer resultado da aposta poderá ser visto como fracasso.

A busca da visibilidade da crise

A partir do momento que a pesquisa constatou a crise na equipe, iniciamos a busca de provocar visibilidade da mesma aos trabalhadores. Sendo assim, partiu-se à procura de formas de devolutivas que pudessem provocar reflexões

com a equipe, como: adotamos e incrementamos a imagem gráfica no prontuário de SF, que guardava semelhança com linha gráfica de um eletrocardiograma que chamou atenção diante da ausência de registro, além de expressar a tentativa de construir uma linha temporal. A imagem abaixo representa o que encontramos no prontuário e que nos serviu de inspiração para construção da Linha do Tempo do usuário.

Abaixo o gráfico:



Outras formas foram os registros das falas que ocorreram tanto nos diários de campo de cada pesquisadora-apoiadora, os fragmentos, os recortes das falas captadas durante os encontros, acontecimentos informados pelos trabalhadores e outras fontes como captadas por gravador dos encontros e entrevistas, posteriormente transcritas.

De posse destas duas imagens de registro foram feitas devolutivas. Tomando o cruzamento das linhas duras e flexíveis que surgiram durante os encontros, foi trabalhado com a equipe a possibilidade de construir uma narrativa coletiva sobre as diferentes formas de experimentar a crise num serviço. Para tanto os trabalhadores tiveram acesso aos recortes de falas, aos fragmentos destacados das transcrições dos encontros realizados, sem identificação de seus emissores, além dos recortes das duas entrevistas realizadas no processo de construção da pesquisa,

mantendo o anonimato destas fontes.

Na parede a linha do tempo expandida foi projetada cujo conteúdo do material expunha tanto a visão um tanto endurecida dos profissionais do CAPS, quanto à multiplicidade do SF a partir dos entrevistados. De imediato ocorreu desconforto, depois avaliaram a oferta com surpresa, possibilidade de uso como ferramenta para a assistência diária, ter ofertado uma ideia geral, das perdas e ganhos. A projeção deu espaço para a atividade com destaques de fala.

Estes movimentos de devolutiva precisam ser cuidadosamente trabalhados, dado que a equipe pode considerar que tudo é terra arrasada e assim, não há movimento algum que possa ser feito. Reconhecendo isso, destacou-se alguns movimentos que a equipe fez para inclusão de SF logo após o primeiro encontro da pesquisa, que apontava a potência da equipe, ao mesmo tempo o quanto o investimento realizado e o resultado não esperado reverberou como impotência e a não visualização de que como qualquer ação na vida não existem garantias no que esperamos ser sucesso. A falta de supervisão, de acompanhamento e discussão diante deste movimento, deste investimento neste caso complexo, foi ressaltada dado que poderia ter facilitado o processo. A equipe precisava perceber que fez um investimento com um encontro, com uma provocação, se organizou e conseguiu encaminhar uma proposta, uma revisão na oferta do cuidado e teve resultado. Pode não ter sido o resultado esperado, mas teve resultado vistos nos relatos que fizeram ao longo dos encontros sobre os efeitos no SF e na equipe, muito mais que o fracasso, surge o reconhecimento de um trabalho e um efeito.

O material coletado, os destaques de falas, era

rico. Com os destaques recortados em pedaços de papel foi acordado de distribuí-los pelo chão para facilitar a visualização de todos para construção coletivamente da história de vida, história de sofrimento e rede de conexões do SF.

O primeiro impacto surgiu diante da dificuldade de separar a história de vida e a história de sofrimento de SF e chegaram a conclusão unânime de que “a vida dele é só sofrimento”. Era a primeira vez que a equipe apresentava de forma tão contundente a dimensão do sofrimento no percurso de SF. Também pela primeira vez a equipe localiza a experiência de SF no trabalho de confecção de redes de pesca, e como esta atividade era provedora de sentidos e contorno existencial para este.

Durante a atividade uma das profissionais sugeriu seleção de falas e daí olharem para o que poderiam ter feito, o que poderiam ter mudado. Outra que se apresentava dura e crítica em relação ao SF falou:

Moral da estória: Ele só teve vida enquanto a mãe estava viva. A partir do momento que a mãe morreu a vida dele se transformou numa tragédia.

Apoiadora - Por que você acha isso?

Porque ele tinha mãe, a mãe protegia, dava remédio, ele obedecia. Conseguiu dar o limite para ele. Então até aí ele levou uma vida um bom tempo normal. Depois que faltou a mãe ele perdeu o chão, perdeu a vida, perdeu tudo. A vida dele virou um sofrimento só. A mãe dele é que conduzia. Ele tinha bicicleta, ele andava arrumadinho, ele tinha namorada, ele estudou, tinha um QI bom, fez segundo grau... Entendeu? Depois que a mãe morreu ele se revoltou com o padrasto, expulsou o padrasto de casa. Acho que ele se revoltou contra o mundo. Foi só sofrimento, andar de

um lado para o outro, tormento, “não quero tomar remédio”, daqui para São Paulo, ele ficou sem norte. Ficou uma bússola perdida sem saber onde parar.

A dificuldade em escolher foi expressa, dado que consideravam tudo importante. Uma das profissionais expressou que as frases destacadas falavam, expunham lacunas na atenção ao usuário.

Vamos supor que eu não fosse daqui. Vendo estas frases..Todas as frases geram lacunas, abrem questionamentos positivos e negativos. Não só positivos, porque a saúde mental não é ciência exata, você vai tateando mesmo, não dá para falar 100%.

Tem frase que abre possibilidade de intervenção.

Ele gostava de passear. Neutralmente, esta frase...fica aquela possibilidade de um trabalho extra-CAPS.

Vendo as frases, coisas que aconteceram em algum momento na vida dele.

Perguntam: Você vê outro SF?

Outro SF não, porque eu não consigo fazer isto, mas eu consigo ver outras possibilidades. Lacunas de intervenção. Podia ser investido mais em algo que ele tinha interesse, em algum momento da vida.

A profissional que apresentou a moral da história citando a mãe e a relação mencionada acima pergunta:

Qual será a conclusão deste estudo? Qual será a moral da história? (Ela canta e depois fala)

Você foi o pior dos meus casos...

Outros completam: De todos os abraços o

que eu nunca esqueci.

Você foi o mais complicado...

Cabeça muito louca a dele! Muito difícil a gente chegar a uma conclusão, falar alguma coisa com certeza. Dizer, “ele é isso”. Pode chegar outra pessoa e falar, “não, ele é isso”. Nunca vai chegar a uma moral da história. Vai ser um caso assim...Cada um tem um pensamento diferente dele.

A atividade suscitou inclusive a participação de quem, mesmo presente, não havia se posicionado até então. A fala desta trabalhadora é identificada como B:

A - Caso da X é diferente. Temos momento de ganho com ela. Temos a sensação de que estamos ganhando e estamos perdendo. Parece que vai engrenar e nada... Vamos tentar isto!! Vamos tentar aquilo! Parece que estamos andando e estamos parados. Com o SF não é assim!

B - Será que com a X também não é assim?

A – Não!

B - A gente investe nela e quando ela quer ela é internada, e quando ela quer.. Só que a gente olha de maneira diferente. A gente já investiu tanto nela. A gente trata o caso da X e o caso do SF de maneira diferente. A gente não investiu tanto nela? Ela teve uma melhora e quando ela quis ela internou? Ela manipula a gente o tempo inteiro. De certo ponto ela acaba sendo pior. Ela é pior porque ela consegue manipular a gente. Ele não, ele é assim o tempo todo. Ele volta da internação, por mais que ele participe de alguma coisa ele é sempre assim. Ele é previsível. Você já espera que ele faça alguma coisa desse tipo, ela não. Ela também já chegou a agredir, ela já bateu, já pegou pano do chão e já tacou

em alguém, já fez coisas horríveis. Só que não afetou tanto porque a gente vê o caso dela diferente. O Y também a gente investe, investe tanto no Y e a gente falhou.

C - Mas a X e o SF são manipuladores e o Y não. Ele é um psicótico gravíssimo e quando vem em crise ele perde noção de tudo, o outro não existe, ele não manipula a gente porque simplesmente a gente não existe para ele.

A participação e discussão do coletivo e as falas coladas nas paredes provocaram intensa discussão com reflexões, movimentos de dobras da equipe. A discussão tinha sido rica e optou-se não discutir cada destaque posto na parede.

Considerações

Inúmeras foram as experimentações vivenciadas no campo com a pesquisa intervenção, onde foi possível perceber que foram colocadas sob análise as noções de sujeito e objeto, de pesquisador e campo de pesquisa em diferentes momentos.

No início o eixo orientador era o caso SF, no entanto, o campo apontou outra necessidade deslocado para crise nas suas diferentes expressões a partir do encontro de SF com a equipe. Não era algo só da equipe (pertencia a ela também), ou algo que só pertencesse ao SF, como algumas vezes apareceu nos encontros. Era um espaço comum, entre dois: equipe e SF, sem dicotomias. A “crise” de SF que não era reconhecida como tal aparece para a equipe durante as atividades da linha do tempo e da reconstrução da narrativa coletiva. Ali surgiu em tantas vozes, a dimensão do sofrimento apareceu para a equipe, assim como a crise dos processos de trabalho, crise enquanto engessamento

do olhar sobre o outro, de não reconhecer a crise de SF.

Vale destacar que cada campo da pesquisa pediu dos pesquisadores conduções e encaminhamentos distintos. Neste campo em especial, a crise na equipe pediu olhar diferenciado e optamos trabalhar com o que surgiu e foi experimentado a potência do encontro como uma oferta no processo de subjetivação daquela equipe. A adoção do encontro como um dos fios condutores possibilitou, dentre outras coisas ao longo da pesquisa, deslocar o tema da crise do usuário-guia para a equipe.

Neste campo a crise surgiu como um analisador natural e resolvemos toma-lá como tal, dentro da dimensão do analisador utilizado pela análise institucional. Ou seja, algo desorganizador que estava de certa maneira aparentemente organizado, ou mesmo dar sentido diferente a fatos já conhecidos e assim permitiu tanto a nós pesquisadores com aos trabalhadores revelar o que aqui chamamos de (in)visibilidade da equipe e das tantas dimensões da crise incluímos, ou não excluímos a dimensão de produção. A crise foi também das pesquisadoras, diante da necessidade de mudar metodologicamente o sentido da pesquisa, deslocando-o, desorganizando-o, acompanhando seu movimento, surfando uma onda surpreendente.

Nas palavras das pesquisadoras-locais, autoras deste material:

“(...) a escrita faz acompanhar todo o movimento da pesquisa, as mudanças, os encontros e desencontros, esforços da equipe, as “provocações” que a pesquisa efetuou e os efeitos na equipe... Enfim, mostra de forma sensível a singularidade da pesquisa.”

“(...) Estou muito feliz e agora orgulhosa de ter feito parte desse processo. Agradeço a vocês

(...) por este momento. A minha vida mudou com a saúde mental, sobretudo, quando eu tive a oportunidade de pensar criticamente essa experiência.”

Bibliografia

ABRAHÃO A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M P C; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P.; SILVA E.; VIANNA, L. **O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde.** Lugar Comum (UFRJ), v. 39, p. 133-144, 2013.

ABRAHÃO, A. L. **Produção de subjetividade e gestão em saúde:** cartografias da gerência, defendida como doutorado junto ao Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UNICAMP, Campinas, SP, 18/02/2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CID-10 . **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COIMBRA, M. C. B.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. M. B. **Subjetividade, violência e direitos humanos:** produzindo novos dispositivos na formação em saúde. Niterói: EdUFF, 2008, p. 143-153.

DELEUZE, G. **Espinosa:** filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. **Abcdário de Deleuze**. Disponível em: <http://www.dossie_deleuze.blogspot.com.br>. Acesso em: 15 dez 2013.

DSM IV - American Psychiatric Association. **DSM-IV**. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre : ARTMED, 2002, 4a. ed.

LINS, D. Deleuze, o surfista da imanência.in LINS, D e GIL J(org.). **Nietzsche/Deleuze: jogo e música: VII Simpósio Internacional de Filosofia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; Fortaleza: Fundação de Cultura, Esporte e Turismo, 2008.

MERHY E.E.; FEUERWERKER L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: RAMOS ,V.; FRANCO, T.B. (org) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MERHY, E. E. et al. **Pesquisa Saúde Mental** – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas Processo575121/2008 4. Relatório Final CNPq,2011.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

SZTUTMAN, R. **Encontros: Eduardo Viveiros de Castro**. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2008.

PASSOS E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos)⁵⁰

Ana Lúcia Abrahão, Emerson Elias Merhy, Maria Paula Cerqueira Gomes, Claudia Tallemberg, Magda de Souza Chagas, Monica Rocha, Nereida Lucia Palko dos Santos, Erminia Silva, Leila Vianna

Introdução

A produção do conhecimento abre diferentes possibilidades na relação objeto e pesquisador, e nas formas de compreensão de como se aprende e se conhece. Algumas se centram na neutralidade do investigador, em como assegurar um processo em que se controla e se isola o objeto e, no entendimento de que conhecer guarda uma íntima relação com revelar uma verdade, a ser despontada pelo pensamento racional.

50 Este artigo foi originalmente publicado na revista Lugar Comum Nº 39 p. 133-144. 2013. Rio de Janeiro.

Se aposta na imparcialidade como elemento fundamental daquilo que se produz: um modo de olhar o mundo de fora, buscando a “não contaminação” do pesquisador pelo objeto, num processo de produção do conhecimento neutro sem interferência e influência. Isola-se e recorta da realidade aquilo a ser estudado, sob o imperioso controle das variáveis intervenientes posto que elas confundem o objeto a ser pesquisado. A lógica: quanto mais isolado for o objeto do mundo, da vida, maior a possibilidade de se produzir conhecimento que não falseie “a” verdade. Há uma aposta na necessária limpeza do campo de observação.

Outras formas de produção de conhecimento não operam na cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências duras, ao contrário, operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, in-mundo⁵¹, com o objeto. Nesta perspectiva a implicação é intrínseca à produção do conhecimento.

O conceito de implicação (LOURAU, 2004) consiste na produção de questionamentos sobre a própria prática do pesquisador, in-mundo. Análise que se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, pertença, referências, motivações, investimentos libidinais, bem como das relações de saber-poder sempre produzidas nos encontros entre o pesquisador e seus objetos. Aqui se abre espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida.

A construção do conhecimento se processa como

51 Termo utilizado por Ricardo Moebus, pesquisador-doutor da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da UFRJ, durante uma discussão sobre metodologia para designar a implicação do pesquisador com o objeto. 04/10/2012

ativadora e produtora de intervenção na vida e acontece nesta mistura, neste tingimento do pesquisador com o campo. A vida como algo capital, a vida como produção e expressão de subjetividades.

Tomamos a definição de vida “escovando-a a contrapelo”, deslocando-a de sua acepção predominantemente biológica⁵², que ganha uma amplitude inesperada, como o poder de afetar e ser afetado, revestindo-se de seu caráter iminente político. É nesta perspectiva que a vida é tomada como algo capital: vital, na sua força criadora, na medida em que ela faz variar suas formas, reinventando suas coordenadas de enunciação, afirmadoras da potência da vida, como também capital, no que se refere ao atravessamento da vida por uma série de forças, inclusive as do capital, que poderiam ser traduzidas como o poder sobre a vida, onde um de seus principais insumos é o investimento na captura dos modos de vida, visando a sua modulação e reprodução. É nessa bifurcação que assumimos a direção da forma de produção de conhecimento aqui apresentada.

Para tanto é necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos.

Nesta perspectiva, o pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa,

52 Fazemos referência ao texto de PELBART, Peter Pal. Poder sobre a Vida, Potencia da vida. In: **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003, p. 25.

diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. Como conector e na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado. A transversalidade, segundo Guattari (1992), é um operador que pretende romper com a dicotomia de uma dimensão verticalizada nas instituições, que se refere a uma hierarquização tanto organizacional como das relações de saberes e poderes; tanto numa dimensão horizontalizada, de possibilidades de conexões entre saberes e territórios identitários, homogêneos. A transversalidade produz uma articulação entre os diferentes níveis e, sobretudo, dos diversos sentidos experimentados, engendrando outros, desacomodando as relações de saber-poder instituídas, indutora de novos territórios existenciais. De acordo com Merhy (2004, p. 08) neste tipo de situação o sujeito está “tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo.”

Nessa mesma direção, Sztutman (2008), ao falar de Viveiros de Castro e dos estudos etnográficos que este realizou, expressou:

Se todos os seres podem ser sujeitos, podem ocupar a posição de sujeito, já não é mais possível estabelecer um só mundo objetivo. Em vez de diferentes pontos de vista sobre o mesmo mundo, diferentes mundos para o mesmo ponto de vista. (SZTUTMAN, 2008, p. 14)

Viveiros de Castro na formulação do perspectivismo ameríndio afirma que “o ato de conhecer é constitutivo do objeto de conhecimento” deslocando a posição do sujeito do conhecimento como parte integrante daquilo que se pretende conhecer.

(...) Para nós, explicar é reduzir a intencionalidade do conhecido. Para eles (Xamãs), explicar é aprofundar a intencionalidade do conhecido, isto é, determinar o “objeto” de conhecimento como um “sujeito”.

(...) Sejam mais objetivos? - Não! Sejam subjetivos, diria o xamã, ou não vamos entender nada (SZTUTMAN, 2008, p. 40).

Assume-se, assim, que não há neutralidade na produção do conhecimento e que o pesquisador implicado, transita pelo território das suas implicações como sujeito in-mundo, ele produz e se produz na construção do conhecimento.

Tomar a produção do conhecimento nesta perspectiva exige a construção da investigação em ato, ela se dá in-mundo, na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico (MERHY, 2004). Um movimento permanente de atravessamentos, nos territórios que se forma, deforma e se transforma durante a investigação.

Nesse capítulo apresentamos a construção de um modo de produzir conhecimento, no campo da saúde que opera sobre a perspectiva do pesquisador in-mundo, procurando descrever o modo como se constituiu o território de conhecimento a partir da pesquisa que serviu de base para esse livro.

Produção da pesquisa em ato

Procurar estudar barreiras e acessibilidades em complexas redes formais de cuidado exige cruzar estratégias de investigação múltiplas. Por isso, nesse estudo

lançamos mão da cartografia, como modo da experiência do pesquisador in-mundo. O foco da investigação foram os encontros que os usuários produzem em algumas estações de cuidado tanto as institucionais (hospitais, unidades de saúde) como outras, que ultrapassam os muros dos centros de atenção psicossociais - CAPS, revelando assim diversos atores com os quais os usuários se conectam no movimento nômade pelas redes. Essa aproximação das redes de relações que os usuários se constituem nos seus modos de andarem a vida, constituiu uma importante fonte de informações para o estudo.

Como no seu nomadismo o usuário abre novas redes de cuidado que constrói para fora do próprio sistema de saúde, às vezes, para vencer barreiras não facilmente visíveis, procurou-se associar outras estratégias de investigação não tão tradicionais, que procuram apreender a construção dos fluxos existências, elementos que pertencem imanentemente ao território da produção da vida em si do próprio usuário. Aqui, tomamos como referencia a metodologia vivenciada no campo da história social da cultura pela historiadora Erminia Silva (SILVA, 2007), em sua pesquisa sobre circo-teatro que, para enfrentar o nomadismo dos artistas circenses e do próprio circo, trabalhou com alguns artistas-guia que lhe permitiram mapear lugares, instituições, práticas e saberes, na construção das memórias dos seus viveres circenses. Espelha-se nesse modo de investigar e, também, na busca da construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido como forma de trazer para a cena do estudo muito do que habita a oralidade dos processos de cuidado, em particular, para fora das redes formais.

Para tanto, trabalha-se como eixo ordenador dos materiais de campo esse nomadismo com a noção de usuário-guia. O usuário-guia tem as características

de um caso traçador do cuidado - louco muito louco - institucionalizado e/ou não institucionalizado, escolhido entre os usuários que circulam nas redes de cuidados da saúde mental e nas estações de cuidado. Louco muito louco, aqui, são os que demandam muitas redes de cuidado e criam, a todo o momento, muitos problemas para as equipes em termos de construção dos modos de cuidar em saúde mental. (Relatório Final da Pesquisa Saúde Mental - acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, MERHY, 2011)

A escolha do usuário-guia se fez utilizando como critério central ser um caso de alta complexidade para a rede de cuidado, em situação de crise, que traz como consequência o fato de ser um grande utilizador de práticas cuidadoras nas redes em oferta. Assim a equipe de pesquisa, debruçou-se sobre vários usuários apontados pela equipe de saúde mental dos CAPS que apresentavam essas características. Dentre eles foi escolhido o que permitiu colocar em análise os movimentos de produção de acesso e barreira construídos pela equipe na condução do cuidado de um modo muito intenso. Tratava-se de um caso reconhecido por todos da equipe como “de intensa gravidade e nenhuma adesão ao tratamento, considerado praticamente fora de qualquer possibilidade terapêutica”. Um caso que colocava em questão as formas de cuidado, a insuficiência das ferramentas empregadas na percepção das próprias equipes, traduzindo o caso como aquele que “desestabiliza o conjunto dos trabalhadores” e para o qual a equipe “não sabe o que fazer”.

A identificação do usuário-guia foi realizada durante os encontros do coletivo da pesquisa - pesquisador apoiador e pesquisador local⁵³ -, quando foram realizados

53 Pesquisador apoiador se refere aos profissionais vinculados as Universidades que compõem a coordenação do projeto, junto da equipe

apresentações e debates dos casos selecionados pela equipe de cada município envolvido com o estudo. A dinâmica consistia em trazer à tona, e dar visibilidade aos desconfortos e dificuldades causados pelo usuário durante o seu percurso pelo serviço. A continuidade deste processo era realizada pela equipe de pesquisador apoiador, junto da equipe de pesquisador local, com aprofundamento das possibilidades de cuidado e levantamento de dúvidas e questões que ajudavam na definição, na escolha do “usuário-guia”.

Após a identificação do usuário, foi fornecido o “kit pesquisador” aos pesquisadores locais, composto de termo de consentimento livre esclarecido para os usuários, profissionais de saúde e gestores assim como um conjunto de indicadores para a realização das entrevistas.

A etapa seguinte foi de identificação das fontes e conexões que diziam respeito ao usuário-guia, a partir de reuniões com o grupo de pesquisadores apoiadores e os pesquisadores locais, foram considerados os seguintes atores, para investigação das fontes: profissionais, usuários, cuidadores, gestores, familiares e outras pessoas que de alguma forma estiveram ou permaneciam envolvidos com o usuário-guia. O resultado foi um conjunto de serviços e pessoas pelos quais o usuário-guia se vinculou ao longo de sua vida. Para essa ação foi necessário o emprego de distintas técnicas de coleta: entrevistas e/ou observações, como também a busca de informações em fontes secundárias, como prontuário, registros no CAPS e em outros serviços de saúde etc. As entrevistas e verificação *in loco* foram gravadas em áudio, respeitando-se os procedimentos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com discussão

da secretaria estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Pesquisador local é considerado o profissional vinculado aos serviços municipais de saúde mental, que estão ligados diretamente ou indiretamente ao cuidado com o usuário-guia.

sobre os objetivos e finalidades do estudo e anuência do entrevistado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo comitê de ética sob o nº do CAAE 0016.0.249.000-11, inclusive com informação de descarte do material após uso.

Após a identificação dos pontos de conexão que constituíram as redes de cuidado, houve o reconhecimento dos agentes institucionais e, estes, tomados como fontes de informações nas estações de cuidado mapeadas.

A investigação das fontes se deu como produção de montagem de diversos pontos de conexão do usuário na construção do cuidado, uma espécie de bricolagem, afirmando a multiplicidade de várias narrativas fragmentadas e, simultaneamente de desmontagem quanto a uma narrativa hegemônica, padrão dos casos apresentados, que reforçava sua identidade e unidade, mas que, na transversalização entre os casos, as equipes e as diversas narrativas, fizeram transbordar outros modos, outras formas de ver e fazer falar do caso, para além deste, no contágio dos pesquisadores e trabalhadores in-mundo.

O encontro com as fontes operou nas equipes a radicalidade de uma escolha ética (GUATTARI, 1991): ou se objetivam as narrativas e conexões nos padrões da ciência oficial, ou, ao contrário, tenta-se apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual, vazando as subjetivações que operam na construção das redes e territórios do cuidado.

O tratamento de montagem-desmontagem tomando como disparador as fontes, possibilitou apreender, nos diferentes campos envolvidos na pesquisa, o reconhecimento e em alguns momentos a ruptura com a repetição (aquilo que nos faz re-conhecer e reificar “este” ou “aquele caso”) e afirmação da diferença (aquilo que

nos força a pensar, e não a identificar e reproduzir), para a construção de sentidos com o “outro” no mundo do cuidado (MERHY, FEUERWERKER E CERQUEIRA, 2010).

“(…) No que diz respeito aos efeitos da pesquisa no serviço, a intervenção neste caso promoveu uma modificação na aposta dos técnicos. A pesquisa possibilitou que a equipe colocasse o caso em questão. Os serviços podem fazer a rede fria, preocupação com o burocrático e outros a rede quente, na qual se vê uma preocupação com o sujeito. A rede tem que ser entendida como um espaço a ser preenchido com a relação cuidado-compartilhado e não apenas encaminhamentos isentos de subjetivação. Vale colocar como questão, qual o projeto terapêutico que a pesquisa produz para as equipes? (...) Ainda sobre os efeitos da pesquisa, esta vem disparando a necessidade de supervisão pela equipe, mesmo que ela não tenha esse objetivo.” (pesquisador apoiador, agosto de 2012)

Nesse intenso exercício de experimentação e construção coletiva com os pesquisadores locais e os pesquisadores apoiadores foi possível questionar toda a espécie de automatismo do saber, do dizer e do cuidar desses casos. Assim, o exercício de mapeamento das fontes e as diversas narrativas que surgiam sobre o mesmo sujeito, sobre o mesmo caso, abriam novas zonas de visibilidade e de dizibilidade, até então desconhecidos pelas equipes de saúde mental. Essas aberturas produziam novas formas de cuidar.

“(…) Percebi que a proposta da pesquisa foi também a de nos fabricar como pesquisador fazendo pesquisa,(...) esse vai e vem das descobertas das fontes, do dos debates na equipe, da conversa nos seminários

trouxe para nós outros tipos de mapa sobre os usuários que não imaginávamos.(...). (pesquisador apoiador, junho, 2012)⁵⁴

Neste quadro, foi possível revelar várias das redes de conexões existenciais do usuário-guia, muitas vezes acionadas a partir dos encontros proporcionados pela pesquisa que funcionou em si com um dispositivo a disparar eventos previsíveis e outros imprevisíveis, o que funcionou como analisador da potência de produção de existências nem sempre operadas no plano do cuidado já instituído, até então.

O tratamento do material foi ancorado na análise dos processos de enunciação, organizados de forma a identificar alguns temas analisadores e articulados com os autores referenciados, além da experiência dos pesquisadores. O relato dos entrevistados foi identificado com letras fictícias que marcam as falas dos sujeitos durante a apresentação do material.

O material empírico foi apresentado em seminários aos participantes do estudo (todos eles pesquisadores apoiadores e pesquisadores locais dos seis municípios em estudo) e outras pessoas com interesse no tema em discussão.

Os seminários tiveram como propósito a devolução dos resultados, o debate em torno das novas narrativas que surgiam a partir do mapeamento das fontes e a construção de um processo de análise coletiva que teve como efeito ampliar a análise das redes de conexões existenciais dos usuários. O tratamento e análise dos dados empíricos constituíram-se em uma etapa importante da pesquisa posto que permitiu um intenso exercício de análise de

54 Fala de um pesquisador apoiador durante as oficinas de apresentação dos dados dos campos em junho de 2012.

todos os campos da pesquisa, acionados a partir dessa construção coletiva.

“(...) O caso que apresentamos é um documento produzido por nós, não é um somatório de informações.(pesquisador local, junho2012)⁵⁵

Em situações vividas nesse processo há relatos de pesquisadores locais que são bem expressivos do que ia acontecendo, no coletivo: “como a pesquisa mostrou o caso de forma diferente e como a própria equipe se viu produzindo barreira, esse também é o caso do R- (fala de pesquisadores locais de uma das redes pesquisadas)

Buscou-se construir, então, um mapeamento dos usuários-guia em sua multiplicidade, na tentativa de se estabelecer a partir de analisadores dos elementos produzidos pelo processo de cuidado, um quadro referencial que fizesse sentido para o coletivo de pesquisadores, apoiadores e locais.

A pesquisa como intercessor em nós: pesquisadores, trabalhadores e usuários.

Os intercessores⁵⁶ se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes

55 Fala de um dos pesquisadores locais do município de São Pedro na oficina de trabalho do dia 6 de junho de 2012.

56 Intercessão não no sentido de convergência, mas ao contrário, daquilo que diverge, produz desvios, Interferências, tal como Deleuze define o conceito de intercessor como a possibilidade de desvio que cria, isto é, podem ser pessoas, acontecimentos, objetos inanimados. Deleuze cita que Guattari desempenhou esta função intercessora em sua obra, bem como a Segunda Grande Guerra, como também o peiote na obra de Carlos Castañeda, e o ópio e o haxixe na criação dos “Paraisos Artificiais” na obra de Baudelaire (Deleuze, 1998, p. 156).

e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Ativam potências do ainda impensável, do clínico com o não clínico, da saúde com a não saúde e novos conceitos e problemas são produzidos nestes agenciamentos. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber. Parte-se do que se tem, do que se sabe para o que não se tem, o que não se sabe, como, por exemplo, sustentar novas formas de cuidar em liberdade.

Nesse exercício foi possível para a equipe de investigação abrir um debate sobre a própria finalidade do mundo do cuidado como lugar de operar dispositivos que atuam sobre a construção ou o encolhimento da produção de redes de conexões existenciais e, como tal, mais vida em certos casos, ou menos vida em outros. Trouxe para cena novamente a afirmação de que agir em saúde é operar na micropolítica dos encontros, nesse campo de práticas sociais que são constituídas por dispositivos sustentados no universo do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

Por meio das narrativas construídas, pelos impactos produzidos na vida de usuários-guia e na forma como as equipes avaliam e retomam a condução dos projetos terapêuticos singulares⁵⁷, foi igualmente possível

57 Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) se constituem como uma série de ações dentro e fora do serviço de saúde, negociadas entre os usuários e os diferentes atores envolvidos direta e indiretamente na produção do cuidado, visando o aumento da autonomia do usuário e a produção de vida e de territórios existenciais indutores de novos sentidos para além do sofrimento psíquico. O PTS também pode ser tomado como um operador organizacional, na medida em que pode desacomodar as relações de saber-poder, deslocando a relação usuário-cuidador para uma perspectiva crítica problematizadora do processo de trabalho das equipes, tomando a avaliação compartilhada, sobretudo do usuário, na construção das estratégias de produção da vida e de reorganização dos serviços.

experimentar os múltiplos elementos agenciadores de acesso e barreira à rede de cuidados em saúde. Assim, agentes institucionais, trabalhadores, estabelecimentos, práticas discursivas, arranjos organizacionais passam a figurar como tecnologias de cuidado restritivas ou ampliadoras do acesso. Tecnologias essas que revelam a complexidade de conexões produzidas nos encontros entre esses elementos no plano micropolítico, que convocam a todos nós profissionais de saúde mental a construção de um esforço coletivo que coloque em análise nossos processos de trabalho, questionando sempre a medida dos nossos agenciamentos cotidianos na produção do cuidado, nas suas potencializações ou não, dos próprios modos de viver e de todos que aí se encontram.

Essa pesquisa convocou a todos nós, sujeitos da pesquisa a repensar o que é acesso e barreira diante de uma oferta de cuidado que aposta na multiplicidade e em novas conexões de produção de vida muito além da simples entrada ou não nos serviços. A ideia é a de se dar a conhecer as infinitas e provisórias formas de conexão nas redes existenciais desses sujeitos. E, ao conhecê-las abrir-se a criação de múltiplas formas de produção de cuidado e acolhimento. Acesso e barreira não é simplesmente uma questão de ampliação de cobertura de serviços de saúde, ou de oferta de certo cardápio de cuidados aos usuários, mas traz para a cena, toda a radicalidade do campo da vida e da ética, ao tipo de aposta que a rede de cuidados afirma e tensiona: produzir mais vida ou não, no enriquecimento ou empobrecimento das redes existenciais dos vivos.

Bibliografia

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 340, 1998.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

LOURAU, R. **Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido”. In: FRANCO, T. B; PERES, M. A. A. (Org.) 2004. **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, v. 1, p. 21-45.

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

MERHY, E.E. e alls. **Pesquisa Saúde Mental** – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas Processo575121/2008 4. Relatório Final. CNPq. 2011.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. **Da repetição a diferença**: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: RAMOS ,V.; FRANCO, T.B. (org) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MERHY, E.E. e alls. **Acessibilidade na Atenção a Crise nas Redes Substitutivas de Cuidado em Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro**. Relatório Final da pesquisa PP-SUS/ 2010. FAPERJ, 2012. Mimeo.

PELBART , P. P. Poder sobre a Vida, Potencia da vida. In: **Vida Capital**: ensaios de biopolítica, Iluminuras: 2003.

SILVA, E. **Circo-teatro**. Benjamin de Oliveira e a teatralidade

Maria Paula Cerqueira Gomes e Emerson Elias Merhy

circense no Brasil. São Paulo: Altana, 2007.

SZTUTMAN, R. **Encontros**: Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2008

Posfácio

Este livro nos brinda com textos que convocam a pensar a clínica a partir da perspectiva do encontro de quipes/serviços de saúde mental com os usuários em suas experiências de crise.

O ponto de partida foi a pesquisa **“Acessibilidade na atenção à crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental, no Estado do Rio de Janeiro”**, realizada por um coletivo de apoiadores/pesquisadores que transitam na clínica, a partir da universidade (UFRJ – LETRAS/IPUB e Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/ Clínica Médica), da gestão (GSM/SES/RJ) e dos Serviços Municipais de Saúde (Centros de atenção Psicossocial, de cinco municípios) no Estado do Rio de Janeiro e financiada pela FAPERJ.

A opção pela metodologia cartográfica permitiu que a experimentação se desse de forma a construir e ampliar os territórios existenciais dos sujeitos em ação, fossem eles pesquisados ou pesquisadores, de forma simultânea, abrindo caminho para outras redes possíveis do cuidado e produção de conhecimento.

A pesquisa engendrou a perspectiva de multifocar o olhar acerca da produção de vida daqueles usuários-guias que se disponibilizaram a seguir conosco nesse caminho. Tais produções e conexões se revelaram infinitamente maiores e mais ricas do que as que eram tomadas, na maioria das vezes, como referência para a elaboração de Projetos terapêuticos.

A pesquisa apontou ainda para a produção de Barreiras pelas equipes dos serviços, mesmo nas situações onde estas se sentiam mobilizadas e implicadas na produção do Acesso.

Outras conexões de vida e cuidado foram forjadas onde nada parecia possível e as possibilidades terapêuticas se mostravam sempre insuficientes para fazer emergir sujeitos onde só se via bizarrice e insociabilidade.

Para a gestão, lugar de onde falo, a pesquisa reiterou a dimensão processual e dinâmica do cuidado ofertado, as fissuras desse fazer, e sua natureza política. Mostrou ainda que é preciso empenhar-se para fomentar a tecitura de Redes de Atenção que sejam a um só tempo firmes e flexíveis, capazes de sustentar os saltos e malabarismos que se impõem para as equipes e usuários que precisam ousar novos e variados movimentos, a fim de construir outras histórias possíveis e produzir novos conhecimentos.

Maria Thereza santos

Sobre os autores

Ana Lúcia Abrahão, Enfermeira, Professora Titular da Universidade Federal Fluminense, Pós Doutorado em saúde e sociedade, Doutorado em saúde coletiva, Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde/CNPq, Pesquisadora e integrante da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. abrahaoana@gmail.com.

Ângela Carla da Rocha Schiffler, Assistente Social e Especialista em Serviço Social (UFRN); Mestre em Saúde Coletiva e Sanitarista (UFRJ, 1996). Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Tutora e Pesquisadora do EAD Ensp/Fiocruz. angelcrs@gmail.com

Claudia Talleberg é psicóloga, doutoranda da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ, Consultora UNESCO para ações de saúde mental e enfrentamento da violência da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Analista Institucional pelo Instituto Félix Guattari/ Fundação Gregório Barenblitt de

Belo Horizonte. claudia.tallemberg@gmail.com.

Eliene Fernandes da Paz é psicóloga e trabalha da secretaria municipal de saúde de angra dos reis. Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Municipal Philippe Pinel. eliene.psi@ig.com.br

Emerson Elias Merhy é médico sanitарista, professor titular de Saúde Coletiva, UFRJ-Macaé. Coordenador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. emerson.merhy@gmail.com.

Erminia Silva é historiadora, professora convidada da pós-graduação em Artes Cênicas da UNESP-SP. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Coordenadora do site www.circonteudo.com.br.- mina.silva@gmail.com

José Tadeu Freire é psicólogo da equipe de CAPS de São Pedro da Aldeia.- jtfreire@bol.com.br.

Juliana Kaminski do Prado é psicóloga, Coordenadora do CAPSad Alameda da FMS, Niterói-Rio de Janeiro.

Leila Vianna é psicóloga, Especialista Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional do IPUB-UFRJ. lviannareis@gmail.com

Leticia Amadeu Gonçalves e Silva é psicóloga,, Mestranda em Psicanálise na UERJ, Residência em Saúde Mental no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba- FMS de Niterói.

Magda de Souza Chagas é enfermeira, doutoranda da pós-graduação da Clínica Médica da UFRJ; Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP; Pesquisadora e integrante da

linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ; Enfermeira especialista em Sistemas e Serviços de Saúde pela ENSP/FIOCRUZ, Bioética pela FM/USP e Saúde Pública pela FSP/USP; Apoiadora do Ministério da Saúde. magdaschagas@ gmail.com

Maria Alice Bastos Silva é assistente social, articuladora intersetorial do CAPSad Alameda da FMS de Niterói, Mestre em Serviço PUC/RJ, Especialista em Assistência em álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde na UFRJ

Maria Carolina Costa é assistente social e trabalha na Fundação de Saúde de Angra dos Reis. mariacarolinas2010@hotmail.com

Maria Thereza Santos é psicóloga, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Apoiadora institucional da Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde. Especialista em psiquiatria Social ENSP. Especialista em Sistemas e Serviços de saúde UNICAMP mtherezasantos@globo.com

Maria Paula Cerqueira é psicóloga, professora-associada do IPUB-UFRJ. Mestre em Saúde Coletiva IMS-UERJ. Doutora em Saúde Mental IPUB-UFRJ. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Coordenadora da Residência Multiprofissional de Saúde Mental IPUB/UFRJ. paulacerqueiraufrj@gmail.com

Mariana Sant'anna Costa é psicóloga, Mestranda em Teoria Psicanalítica na UFRJ, Especialista em Clínica Psicanalítica no IPUB/UFRJ, Psicóloga do CAPSad Alameda da FMS de Niterói.

Rosemary Calazans Cipriano é psicóloga, Coordenadora do programa municipal de saúde mental de São Pedro da Aldeia- Rio de Janeiro, psicóloga do nasf de Armação dos Búzios - RJ. rosemarycalazans@gmail.com

Monica Rocha é fonoaudióloga, professora do curso de Fonoaudiologia da UFRJ. Doutoranda da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. monicarochaufjr@gmail.com

Nereida Lucia Palko dos Santos é enfermeira, professora-adjunta da Faculdade de Enfermagem da UFRJ. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – UFRJ. santosnereida@gmail.com



Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

- * **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação** - Laura Camargo Macruz Feuerwerker.
- * **O cuidado e a educação popular em saúde** - Org. Luciano Bezerra Gomes.
- * **O trágico na produção do cuidado - Uma estética da saúde mental** - Ricardo Moebus.
- * **O cuidado em saúde aprendendo com a morte** - Orgs. Ana Lúcia Abrahão e Emerson Elias Merhy
- * **Pesquisadores IN-MUNDO - Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental** - Orgs. Paula Cerqueira e Emerson Elias Merhy
- * **Lavoro della salute: micropolíticas e cartografias** - Orgs. Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy.
- * **Corpos, gêneros e sexualidades – dispositivos de subjetivação** - Fátima Lima.
- * **Cartografias do apoio na gestão em saúde** - Org. Laura Feuerwerker

editora



rede unida

www.redeunida.org.br