



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro de Educação e Humanidades  
Instituto de Psicologia

Madison Sant' iago de Lima

**Devir-cuidado-minoritário & matriciamento em saúde mental:  
cartografias com trabalhadores da saúde**

Rio de Janeiro  
2022

Madison Sant' Iago de Lima

**Devir-cuidado-minoritário & matriciamento em saúde mental: cartografias com  
trabalhadores da saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, no Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anna Paula Uziel

Rio de Janeiro  
2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

L732 Lima, Madison Sant'ago de.  
Devir-cuidado-minoritário & matriciamento em saúde mental:  
cartografias com trabalhadores da saúde / Madison Sat'ago de Lima. –  
2022.  
168 f.

Orientadora: Anna Paula Uziel  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia.

1. Saúde Mental – Teses. 2. Cuidado – Teses. 3. Matriciamento –  
Teses. I. Uziel, Anna Paulo. II. Universidade do Estado do Rio  
de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,  
desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Madison Sant' Iago de Lima

**Devir-cuidado-minoritário & matriciamento em saúde mental: cartografias com  
trabalhadores da saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, no Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em: 05 de fevereiro de 2022

Banca Examinadora:

---

Prof.ª Dr.ª Anna Paula Uziel (Orientadora)  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ

---

Prof.º Dr.º Domenico Uhng Hur  
Universidade Federal de Goiás — UFG

---

Prof.º Dr.º Thiago Benedito Livramento Melicio  
Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ

---

Prof.º Dr.º Túlio Batista Franco  
Universidade Federal Fluminense — UFF

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Dedico estas cartografias a todxs aquelxs que continuam se esforçando para que os princípios do SUS se encarnem no cotidiano dos serviços de saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à vida, essa “força estranha” que nos habita, e a todxs aquelxs que estiveram presentes, possibilitando que estas cartografias pudessem ser delineadas.

Eu sou dado ao maravilhoso, ao fantástico, ao hipersensível; nunca, por mais que quisesse, pude ter uma concepção mecânica, rígida do Universo e de nós mesmos. No último, no fim do homem e do mundo, há mistério e eu creio nêle. Tôdas as prosápias sabichonas, todas as sentenças formais dos materialistas, e mesmo dos que não são, sobre as certezas da ciência, me fazem sorrir e, creio que este meu sorriso não é falso, nem precipitado, êle me vem de longas meditações e de alanceantes dúvidas. Cheio de mistério e cercado de mistério, talvez as alucinações que tive, as pessoas conspícuas e sem tara possam atribuí-las à herança, ao álcool, a outro qualquer fator ao alcance da mão. Prefiro ir mais longe...

Não quero, entretanto, morrer; queria outra vida, queria esquecer a que vivi, mesmo talvez com perda de certas boas qualidades que tenho, mas queria que ela fosse plácida, serena, medíocre e pacífica, como a de todos. Penso assim, às vezes, mas, em outras, queria matar em mim todo o desejo, aniquilar aos poucos a minha vida e sumir-me no todo universal. Esta passagem várias vêzes no hospício e outros hospitais deu-me não sei que dolorosa angústia de viver que eu me parece ser sem remédio a minha dor.

Personagem *Vicente Mascarenhas*, protagonista do romance *Cemitério dos Vivos*, do escritor de nossa gente, *Lima Barreto*: uma voz tantas vezes silenciada, essa pena que ainda grita. Este ano se completa o centenário do falecimento do escritor.

## RESUMO

SANT' IAGO-LIMA, M. *Devir-cuidado-minoritário & matriciamento em saúde mental: cartografias com trabalhadores da saúde*. 2022. 172f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) — Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

Este registro que se apresenta é produto de pesquisas bibliográficas articuladas com pesquisa qualitativa de campo, formulando um conhecimento a respeito do cuidado com o sofrimento psíquico, através do matriciamento em saúde mental. No primeiro momento a cartografia é apresentada como possibilidade para a produção do conhecimento, mostrando que os registros que se dão no ato de pesquisar não se fazem em separado do desenrolar dos acontecimentos. No segundo momento, é retomada a discussão a respeito das diversas facetas que o ato de cuidar pode ir assumindo através das práticas de atenção em saúde e com o próprio ato de pesquisar. O Movimento da Reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS são resgatados para repensarmos nossas práticas de atenção à saúde em relação ao sofrimento psíquico na atualidade, a partir dos sentidos que atribuímos aos signos “tratamento” e “cuidado”. Propõe-se um “devir-cuidado-minoritário”, uma ação em processo nos territórios da clínica de atenção psicossocial, exigindo articulações entre múltiplos atores e dispositivos, promovendo novos modos de subjetivação. No terceiro momento, apontam-se as visões dos trabalhadores da saúde, a partir de suas vivências em relação ao trabalho de matriciamento em saúde mental realizado entre um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), trazendo um debate sobre o matriciamento realizado na especificidade de dois serviços distintos: CAPS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O debate nos mostra os tensionamentos presentes em campo ao tentar traçarmos distinções entre um “matriciamento-CAPS” e um “matriciamento-NASF”. Ao final, revelam-se diferentes posicionamentos em movimentos ativos e reativos em relação ao tema pesquisado, apontando-se a importância de os dois serviços coexistirem, CAPS e NASF, e compartilharem o trabalho de matriciamento em saúde mental no/com (o) território.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Matriciamento. Cuidado. Cartografia. Devir-minoritário.

## ABSTRACT

SANT' IAGO-LIMA, M. Becoming-health care-minority and matrix support in mental health: cartographies with health workers. 2022. 172f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) — Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

The present study shows the result of a bibliographic survey stringed together with qualitative field research, producing a knowledge about the caring of people with psychic suffering throughout a matrix support in mental health. In the first stage, cartography presents itself as a possibility for production of knowledge, showing that the data recorded during the research are not detached from what happens on the field. In the second stage, there is the recovery of a debate about the various sides that the act of caring throughout health care practices can take on and its relation to the act of researching itself. Mental Health Reform Movement and the principles from Unified Health System (SUS) are redeemed in order to rethink our health care practices related to modern psychological distress, according to the meanings we have assigned to the signs “treatment” and “caring”. One proposes a “minority-care-becoming”, an action in process in the territory of the psychosocial attention’s clinic, demanding relations between several actors and devices, promoting new ways of subjectivity. The third stage outlines the health care worker’s visions, taking their experiences related to the work of the matrix support in mental health undertaken by one Brazil’s Centre for Psycho Social Attention (CAPS) and Brazil’s Family Health Strategy’s teams (ESF). This brings light to the debate about the matrix support carried out among the singularities of two distinctive services: CAPS and Family’s Health Support Centers (NASF). The debate displays the tensions found in the field when trying to make the distinctions between a “CAPS-matrix support” and a “NASF-matrix support”. Finally, different opinions are revealed in active and reactive movements linked to the researched subject, pointing out the importance of the co-existence of both services, CAPS and NASF, as well as sharing their work on mental health matrix support in/with (the) territory.

**Key-words:** Mental Health. Matrix Support. Health Care. Cartography. Minority-becoming.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB — Atenção Básica.  
ACS — Agente Comunitário de Saúde.  
APS — Atenção Primária à Saúde.  
BPC — Benefício de Prestação Continuada.  
CAPS — Centro de Atenção Psicossocial.  
CAPS-AD — Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras drogas.  
CAPSi — Centro de Atenção Psicossocial-Infanto juvenil.  
CRAS — Centro de Referência da Assistência Social.  
CREAS — Centro de Referência Especializado da Assistência Social.  
CEP — Comitê de Ética em Pesquisa.  
CF — Clínica da Família.  
CONEP — Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.  
Desins — Desinstitucionalização.  
ESF — Estratégia de Saúde da Família.  
NASF — Núcleo de Apoio à Saúde da Família.  
OS — Organização Social.  
PTS — Projeto Terapêutico Singular.  
SISREG — Sistema de Regulação de Vagas.  
TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO. &. Uma cartografia remota de ainda ontem...	10
1	PLATÔ-QUARENTENA. &. O CARTÓGRAFO SOB A MÁSCARA DO PESQUISADOR ACADÊMICO.....	21
1.1	&. Cartografando em uma quarentena: “Pela janela do quarto, pela janela do carro, pela tela, pela janela...” .....	21
1.2	&. Esquizoanálise e as linhas que compõem a vida.....	31
1.2.2.	&. Modelo árvore-raiz e agenciamento rizoma.....	33
1.2.3	&. A cartografia como aspecto do rizoma: compondo mapas, paisagens psicossociais .....	38
1.3	&. Uma máscara/subjetividade forjada entre forças: “E como uma segunda pele, um calo, uma casca, uma cápsula protetora...” .....	41
1.4	&. Um corpo implicado: “Trânsito entre dois lados, de um lado, eu gosto de opostos, exponho meu modo, me mostro, eu canto para quem?...” ..	51
2	PLATÔ-CAMPO. &. UM DEVIR-CUIDADO-MINORITÁRIO SE APRESENTANDO.....	54
2.1	&. Um campo (território) vai se redesenhando: “Algo me dirá, dessa história misteriosa nascerá...” .....	54
2.2	&. Objetivos com a pesquisa: “Jogo o laço, pego o traço da paixão. Vivo a vida com o laço da Paixão” .....	64
2.3	&. O percurso continua: um portão fechado, um serviço aberto na pandemia.....	66
2.4	&. A Psiquiatria Democrática Italiana: um movimento singular .....	72
2.4.1	&. Psiquiatria Democrática: o cuidado com a vida, retornando aos movimentos com os territórios.....	80
2.5	&. Dois signos distintos: tratamento e cuidado .....	86
2.4.1	&. Princípio de Integralidade.....	93
2.5.2	&. Princípio de Autonomia.....	95
2.5.3	&. Princípio de Universalidade de acesso .....	97
2.6	&. Um devir-cuidado-minoritário arrastando princípios.....	101
3	PLATÔ-MATRICIAMENTO. &. MATRICIAR É TRANSVERSALIZAR .....	111
3.1	&. Uma oficina com movimentos que requerem mais atenção.....	111
3.2	&. O analisador “Dona Helena do Leblon” em reunião.....	120
3.3	&. Matriciamento em saúde mental: o desafio de um cuidado transversal.....	125
3.4	&. Reuniões tentando traçar uma distinção: matriciamento de CAPS e matriciamento de NASF .....	135
3.5	&. O que poderá um CAPS III com o matriciamento? .....	144

3.6	&. Um encontro para uma análise da implicação .....	146
	<b>_CONSIDERAÇÕES FINAIS. &amp;. MAPAS PROVISÓRIOS TRAÇADOS EM REPOSICIONAMENTOS .....</b>	<b>153</b>
	<b>_____REFERÊNCIAS.....</b>	<b>161</b>

## **INTRODUÇÃO. &. Uma cartografia remota de ainda ontem...**

Estou aqui na varanda do meu quarto desde 1984, ano em que vim morar nesta casa, olhando as paisagens que foram se apresentando ao longo de mais de três décadas, numa época em que nem se sonhava saber o que eram Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Clínica da Família (CF), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e muito menos matriciamento em saúde mental.

Numa época em que eu só fazia brincar, assistir a desenhos animados no “Xou da Xuxa” — esperando ansiosamente pelo desenho “Caverna do dragão”! — e ir à escola, às vezes lutando contra e resistindo a algumas cobranças e normas a serem cumpridas que, na ocasião, não faziam muito sentido para mim.

Eu me lembro de, como se fosse ainda ontem, eu brincando de “estátua” com uma colega minha, na vila onde continuo morando, ao som do Hino Nacional vindo de algumas casas, no exato momento em que todos os canais de TV pediam cinco minutos de silêncio pela morte de Tancredo Neves — primeiro presidente eleito pelo povo, mas não empossado, após o fim da ditadura militar, desde o golpe de 1964. Pois é... Essa nossa Democracia tão jovem, mas sempre tão ameaçada.

Numa época também em que não existia a Lei 8.080/90, que culminou com o advento do SUS, e muito menos a Lei 10.216/2001, que rege sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais. Na ocasião, o que havia eram hospitais psiquiátricos e manicômios abarrotados de gente, apesar dos ventos iniciais que sopravam com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, e alguns ambulatórios de Psiquiatria, nos chamados “postos de saúde”.

Falar de desmonte da estrutura manicomial, de SUS, de matriciamento em saúde mental, e de alguns serviços de saúde tão recentes em nossa História, serviços já aqui mencionados no iníciozinho destas cartografias “remotas”, é falar necessariamente de um processo de democratização na nossa sociedade: da luta por direitos, da participação de muitos atores/atrizes sociais na elaboração do trabalho e do cuidado com a saúde. Que Sérgio Arouca continue sempre a levantar sua voz entre todos nós, com sua frase singela, mas tão vigorosa e corajosa: “Democracia é saúde!”.

Hoje, continuo aqui da varanda do meu quarto contemplando um território que foi ao longo de todos estes anos se decompondo e se recompondo sucessivamente, para apresentar uma paisagem atual bem distinta da observada há trinta e sete anos. Observo menos árvores, muito mais construções de alvenaria, o aumento vertiginoso das favelas, e lá ao longe, avisto o prédio do CAPS onde a pesquisa com o matriciamento está em processo.

Um território que, ao observarmos de longe, parece repousar tranquilamente com suas formas molares, visíveis, mas quando dele me aproximo, lançando-me ao seu encontro de “corpo e língua” (ROLNIK, 1989, p.68), vivencio na pele a agitação da vida que nele pulsa, que em nós pulsa. Partilhando contigo um pouquinho desta minha vida pulsante e fugaz, passou agora um filme diante dos meus olhos nestas poucas linhas iniciais, parece que tudo foi como ainda ontem...

Estou ainda na varanda, mas hoje digo que sou psicólogo, e trabalhador de saúde mental, e filho, e carioca, e usuário do SUS, e mangueirense, e mestrando, e tantas outras coisas, &&&<sup>1</sup>... E agora percebo que aquela criança um dia, apesar de não compreender a dimensão daqueles cinco minutos de silêncio, captou com o próprio corpo, no ato de brincar, as intensidades daquele acontecimento, um silêncio pela Democracia que nos unia, mas gritava em nós, em nossos corpos.

Democracia que hoje nos provoca outros silêncios, em alguns momentos de espanto e de perplexidade, diante de cenas na televisão como a da “namoradina do Brasil”, atriz Regina Duarte, já ex-secretária da cultura no governo de Jair Messias Bolsonaro, cantando o Hino da Copa de 1970, em entrevista concedida à emissora CNN, e saudosa de um período obscuro da nossa política.

Mas também silêncio reflexivo, diante de frases marcantes como a da notável atriz Fernanda Montenegro, referindo-se ao atual Governo Federal, em

---

<sup>1</sup> Veremos com Deleuze & Guattari (1995), ao longo do trabalho, que o conectivo de adição “E” opera considerando as multiplicidades em um movimento de permanente articulação com os diversos elementos heterogêneos, não por exclusão, como por exemplo se verifica com o conectivo “OU”. Pretendo com este recurso “&” — o chamado “E” comercial, amplamente utilizado em propagandas e logomarcas — demarcar que cada tópico trabalhado procura se articular a todo momento com as múltiplas experiências que encontra pelos territórios e que forjam nossa subjetividade, em jogos de força e de poder observados nos espaços institucionais, nas relações de trabalho, sentido que proponho a cada página que se segue. Talvez, carxs leitorxs, suas experiências possam ser articuladas com algum ponto, alguma ideia desenvolvida, e serem assim revitalizadas.

entrevista concedida ao Fantástico: “— É muito pior que na época da ditadura, porque veio pelo voto! Mas vai passar! Como tudo passa...”.

Essa criança continua viva em mim, sempre imersa em muitas intensidades, inventando outros recursos para lidar com os momentos difíceis da vida — e olha que nos últimos tempos não foram poucos! — ajudando-me a descobrir que somar experiências, ao invés de excluir, pode ser mais potente e dinâmico, e diverso, e assustador, e resiliente, e criativo, e múltiplo, e inventivo, e feliz, &&&...

E essa criança que de tanto viver, sem desconsiderar os riscos inerentes ao ato, vai descobrindo aos poucos vários aspectos da vida e de si mesma, e procurando agregá-los à bagagem, apesar de dolorosos em alguns momentos.

E então, de tanto viver, e sofrer, e se alegrar, e brincar, e estudar, e trabalhar, e dar voltas por aí, a criança foi crescendo, e um dia ingressou no curso de Psicologia de uma universidade público do nosso país. Foi no curso de Psicologia, na graduação em Psicologia, que tomei contato, através de leituras, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, decidindo-me, sem hesitar, pelo campo da saúde mental.

Quando dei por mim, ao longo do tempo, já estava estagiando em CAPS, participando de pesquisa de iniciação científica sobre matriciamento em saúde mental, concluindo residência multiprofissional em saúde mental, e atuando como Psicólogo em um CAPS da Cidade do Rio de Janeiro, desenvolvendo o trabalho de matriciamento em saúde mental com algumas equipes da ESF presentes no território de abrangência do CAPS. Um trabalho desafiador e que sempre exigiu muito de mim, mas também de encontros gratificantes em vários momentos!

Ficaram algumas inquietações de todas essas experiências ligeiramente apontadas, e de tudo o que andei lendo na bibliografia sobre o matriciamento em saúde mental: Como um trabalho que se propõe a estreitar o vínculo entre os serviços de saúde, na dinâmica de um cuidado compartilhado no/com (o) território, na prática, os profissionais envolvidos acabavam, por tantas vezes, limitando-se em ordenar a direção dos casos de saúde mental que se apresentavam conforme os fluxos da rede? Como um trabalho que se propõe a fortalecer a atuação das equipes de ESF, neutralizando a antiga lógica de fragmentação da saúde, com encaminhamentos tantas vezes precipitados, na prática acabava por reproduzir este mesmo procedimento?

São questões que me trouxeram ao mestrado, são questões que impulsionaram um trabalho de pesquisa qualitativa em um CAPS da Cidade do Rio de Janeiro, que vem realizando o trabalho de matriciamento em saúde mental no território no qual se encontra, com algumas equipes da ESF.

Elas me trouxeram aqui porque em certos momentos, eu também não consegui produzir desvios com os fluxos da rede, reproduzindo o mesmo Modus Operandi, de modo que o trabalho compartilhado com a ESF pudesse ampliar a capacidade de cuidado com a saúde mental de muitos dos casos, ali mesmo no espaço da CF.

Um tema denso e complexo que, para tentar sanar algumas dúvidas, exigiu-me este trabalho de pesquisa aqui registrado, e me mostrou que as experiências anteriores, por si sós, não seriam suficientes para formular um conhecimento mais consistente.

Era necessário eu sair daquele mundo de antes, do isolamento, ir ao encontro de tantxs outrxs, num serviço e num território diferentes em relação ao que vivi no meu trabalho anterior. Era necessário eu compartilhar, tentar construir com tantxs outrxs, com as diferenças, novas realidades possíveis, como o próprio trabalho de matriciamento nos propõe.

O desenvolvimento da pesquisa, de modo a orientar os leitores/leitoras pelas pistas apontadas nestas cartografias, é registrado em três momentos aqui desenhados: Capítulo I / Platô-Quarentena; Capítulo II / Platô-Campo; Capítulo III / Platô-Matricramento.

Proponho uma escrita não apenas dividida por capítulos, mas, com Deleuze & Guattari (1995), como “platôs”, como planos de intensidades que se interpenetram e se comunicam entre si a todo instante, articulando-se com as forças do “fora”, com as inúmeras experiências e vivências dxs leitorxs que venham a contribuir com a discussão e o debate propostos.

No “Capítulo I / Platô-Quarentena” apresento a elaboração do projeto de pesquisa e meu encontro, enquanto pesquisador/cartógrafo/mestrando, com a equipe técnica avaliadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ao qual o projeto está subordinado. Trago para a discussão os tensionamentos presentes nos espaços de produção científica, frente à diversidade de perspectivas teóricas e metodológicas, e frente às dobras das forças institucionais que forjam a subjetividade do pesquisador em relações de poder.

Procuro trazer na descrição dos acontecimentos, ao longo de todo o trabalho, o contexto pandêmico ímpar em que nos encontramos com a pandemia da COVID-19 que assola todo o planeta desde março de 2020, e que repercutiu diretamente no desenvolvimento da pesquisa, forçando-nos a reinventar o próprio ato de pesquisar.

A cartografia proposta por Deleuze & Guattari (1995) é revisitada e utilizada como possibilidade alternativa para a produção de um conhecimento, um recurso metodológico, que busca articular os múltiplos elementos que emergem no campo da pesquisa, sem ater-se aos modelos hegemônicos de pesquisas que comumente se pautam por estruturas rígidas, predeterminadas.

Um recurso que permite flexibilizar a condução da pesquisa, possibilitando ao pesquisador transitar pelos territórios, registrar e descrever livremente os eventos que mais despertarem a sua atenção no contato com o campo, ou seja, pistas que possam deslindar, proporcionar entendimentos sobre o tema pesquisado, abrindo-nos para a emergência de novos sentidos e produções sociais no contato com os participantes da pesquisa.

No “Capítulo II / Platô-Campo” o território geográfico e subjetivo onde o CAPS se localiza é descrito para nos mostrar que falar de saúde mental é falar necessariamente do lugar onde as pessoas habitam, onde elas vivem, pois é através das relações sociais empreendidas pelos espaços que nós nos constituímos.

Tenho a intenção de mostrar que determinados aspectos presentes no território podem influenciar diretamente nestas relações, podem ser geradores de muitos transtornos, como também de produção de saúde. A clínica de atenção psicossocial é, portanto, expressão máxima da relação entre diversos atores e atrizes sociais com o território geográfico/subjetivo/existencial, e porque não dizer também “estético”, porque feito/desfeito/refeito em produções coletivas.

Nesta perspectiva, descrevo minha entrada inicial em campo: no trajeto da minha casa até o encontro com a diretora do CAPS para pactuar minha presença na equipe como pesquisador, há uma distância preenchida por palavras que “fotografam” as características físicas dos espaços e as relações sociais observadas, trazendo a temática do cuidado para a discussão no próprio percurso de campo.

As descrições são o resultado de um trabalho de observação participante livre e de entrevistas abertas realizadas com alguns dos profissionais, tanto do CAPS quanto da CF. Pela observação participante livre, o pesquisador dispõe de

autonomia para observar e registrar em seu diário os eventos vivenciados em campo, acompanhando e participando ativamente da rotina, da vida dos grupos. Lanço mão de entrevistas, que por serem abertas, permitem que os/as participantes da pesquisa possam se colocar mais livremente em relação ao tema pesquisado.

O objetivo é incentivar o debate sobre situações vivenciadas por muitos de nós no trabalho com a saúde mental, mais especificamente com o matriciamento em saúde mental, a partir das entrevistas realizadas, bem como das reuniões de equipe no CAPS das quais pude participar, e do cotidiano vivido. Por isso, na reprodução das falas dos/das participantes são utilizados nomes das letras do alfabeto grego para preservar suas identidades, já que a intenção não foi localizar nomes e serviços, mas pensar com e a partir deles.

Um mesmo participante pode vir a assumir diferentes nomes de letras gregas, em diferentes variações e colocações sobre o tema discutido, pois os múltiplos pseudônimos utilizados aqui refletem os distintos posicionamentos que uma mesma pessoa pode vir a ter a cada momento, e de acordo com o contexto em que se encontra.

Ao lado de Campos (2003) procuro conciliar os tempos específicos que compõem o desenvolvimento e registro da pesquisa: Cronos e Aion. Não se trata de optar por Cronos OU por Aion; mas sim de compor com Cronos E com Aion: não apenas a racionalidade e a medida de Cronos que determina as fases de um processo vivenciado; e não tão somente as flutuações de Aion que nos percorre em acontecimentos inesperados<sup>2</sup>.

No momento da escrita lanço-me às intensidades de Aion, resgatando as cenas, os acontecimentos e os afectos, mas que podem embaralhar a ordem sucessiva dos fatos cronológicos. No entanto, como se trata da descrição de espaços distintos no percurso da pesquisa, a escrita também precisa obedecer ao fato de que meu contato com os diferentes espaços se deu em momentos específicos, orientando, portanto, a leitura dos acontecimentos vivenciados, ou seja: no meu quarto onde esperei a aprovação do CEP; no CAPS e na CF onde a

---

<sup>2</sup> Para um aprofundamento nesta temática, sugiro a leitura do trabalho desenvolvido por Arêas (2017). Cronos e Aion são tempos complementares: Cronos é o tempo das profundidades, da racionalidade, que marca e fixa os corpos permanentemente com suas medidas; Aion é o tempo flutuante, tempo fugidio, que desliza na superfície de Cronos, na superfície dos corpos, nos arrebatando em acontecimentos singulares, em devires e intensidades (ARÊAS, 2017; DELEUZE & GUATTARI, 2012a). Pretendo uma escrita organizando a descrição sequencial dos fatos observados, mas que possa ao mesmo tempo trazer os tensionamentos em campo, os fluxos e as intensidades dos acontecimentos vivenciados.

pesquisa de campo se desenvolve. Trabalhar nesta perspectiva é pôr-se no “entre” planos (de organização e de imanência), para poder organizar a vida e fazê-la fluir livremente.

A temática do cuidado com a saúde é proposta a partir da contribuição dos autores/atores sociais visitados sobre as facetas que o ato de cuidar vai adquirindo através de nossas práticas, através dos encontros desejantes que se verificam nos espaços de produção da saúde, de uma saúde coletiva (AYRES, 2009; FRANCO & MERHY, 2013).

Por se tratar de uma pesquisa cujo foco principal é conhecer o potencial de cuidado que o trabalho de matriciamento em saúde mental comporta, trabalho realizado entre um CAPS e equipes da ESF, o resgate dos princípios que impulsionaram o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil passa a ser indispensável para problematizarmos alguns elementos observados em campo.

Neste resgate, alguns aliados continuam nos mostrando que o desmonte da estrutura manicomial em nossa sociedade é um projeto em vias de realização, inacabado, em permanente construção, pois a estrutura manicomial não se expressa unicamente por altos muros, em portas e portões fechados, mas nas relações sociais de controle e de exclusão, de domínio e de normatização das diferenças (AMARANTE, 1996, 2003, 2007; BASAGLIA, 2005; ROTELLI, 1990a, 1990b).

Propõe-se, portanto, “suspender”, deixar um pouco de lado o conceito de doença-mental — um constructo teórico forjado com o saber-poder da Psiquiatria, verificado tanto no contexto da Reforma Psiquiátrica Italiana, quanto no contexto brasileiro no qual o Movimento da Reforma Psiquiátrica por aqui se iniciou — para nos ocuparmos integralmente com a vida de pessoas em sofrimento psíquico. Veremos que o conceito de “doença mental” foi forjado em um contexto social de dominação e de exclusão das diferenças expresso nos manicômios, contexto encoberto pelo próprio conceito que ele mesmo produziu.

Os princípios que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica na Itália, nortearam o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em uma realidade social não muito diferente à realidade verificada na Itália, na qual inúmeras vidas eram igualmente encerradas no espaço do manicômio, vidas daqueles que não se adequavam à ordem vigente instaurada pelas classes dominantes.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se dá dentro de um processo de democratização da nossa sociedade, fruto da militância e participação de diversos

atores/atrizes sociais que procuraram neutralizar uma forte cultura “da doença e da técnica” presente em nosso meio — muitas vezes, violências revestidas como modos de “tratamento!” (ROTELLI, 1990a, 1990b). Em outro sentido, buscaram incutir uma nova cultura “do cuidado e do cuidar-se”, visando ao cuidado integral com a vida das pessoas em sofrimento psíquico, não apenas com a expressão sintomática da doença (PASSOS, 2009).

Deste modo, os autores/atores com os quais dialogo durante todo o percurso, bem como os/as participantes da pesquisa, em encontros, conversas e entrevistas que se darão no campo, podem contribuir igualmente no debate a ser levantado a respeito da possível distinção entre “tratamento” e “cuidado”.

Proponho esta discussão em torno às ideias de “tratamento” e “cuidado”, com o intuito de abirmos novos sentidos no campo da saúde mental e repensarmos nossas práticas de atenção à saúde na realidade atual do sofrimento psíquico, considerando as demandas que têm se apresentado hoje no cotidiano dos serviços.

Este segundo capítulo / platô culmina articulando a dimensão do cuidado, os inúmeros sentidos atribuídos ao próprio ato de cuidar, os múltiplos aspectos e nuances que sua ação engloba, com o conceito de devir-minoritário trabalhado por Deleuze & Guattari (2012a), tendo Lira (2016) como grande aliada para novas composições.

Proponho um devir-cuidado-minoritário, um desenho dentre tantos outros outrora realizados, que nos ajude a visualizar o ato de cuidar como um movimento em permanente processo pelos territórios geográficos/subjetivos/existenciais/estéticos, que nos contagia e nos arrasta consigo para a emergência de novos modos de subjetivação que desloquem as pessoas em sofrimento psíquico dos territórios de invisibilidade.

Devir-cuidado-minoritário como uma processualidade demandando ainda muitos investimentos sociais para que se concretize nos espaços de produção da saúde, em uma sociedade que insiste em reforçar a permanência de serviços reclusos e expandi-los pelos territórios, visando unicamente “tratar” a realidade do sofrimento psíquico.

O “Capítulo III / Platô-Matricramento” traz os registros dos encontros observados entre alguns profissionais do CAPS com alguns profissionais da CF envolvidos com o trabalho de matricramento. Encontros que nos ajudam a pensar e

a tentar compor outras realidades possíveis com os diversos aspectos e elementos que vão surgindo em torno ao tema pesquisado.

A temática do cuidado é retomada através de diálogos, entrevistas e discussões em equipe para olharmos com mais atenção o modo como o trabalho de matriciamento está se delineando através de nossas práticas, enquanto profissionais da saúde, e nos encontros com os serviços da rede. Também recorro a tantos outros/outras que em pesquisas anteriores se aventuraram por vários caminhos que podem se cruzar para um melhor entendimento a respeito do matriciamento em saúde mental.

Muitos dos participantes da pesquisa apontam a rede de atenção psicossocial como um forte analisador para se pensar os processos de trabalho na elaboração do matriciamento em saúde mental: analisador no sentido de a rede ser um fator de grande consideração que interfere diretamente nas relações estabelecidas entre os diversos atores/atrizes sociais e entre os serviços presentes nos territórios da clínica de atenção psicossocial — fator que faz aparecer os tensionamentos, as contradições, e faz falar sobre eventuais incômodos, podendo nos desacomodar.

O matriciamento, ao longo dos registros da pesquisa empreendida, vai se desenhando, se configurando por traçados transversais, na proposta de Guattari (1987), ao trabalhar com o conceito de “transversalidades”: um movimento que atravessa as hierarquias e os grupos, os indivíduos e as instituições, e que pode nos provocar novos posicionamentos frente aos impasses que vivenciamos na realidade dos serviços.

O referido conceito poderá ampliar o nosso olhar, nos ajudar no entendimento de uma distinção que já começa a ser levantada e discutida por muitos participantes da pesquisa: a especificidade de um matriciamento realizado por um profissional inserido em uma equipe de um CAPS; e; a especificidade de um matriciamento realizado por um profissional inserido no serviço-NASF. Talvez, com este capítulo / platô, possamos enxergar quais das linhas estão prevalecendo nas composições e nos desenhos traçados a respeito do matriciamento em saúde mental: de fuga, flexíveis, duras (DELEUZE; PARNET, 1998).

Convido o/a leitor/leitora a continuar me acompanhando por estas linhas que em alguns momentos podem nos atravessar, reatualizando algumas situações anteriormente vivenciadas, similares a alguns eventos que serão descritos. Reforço

esse convite para que o/a leitor/leitora se entregue à alegria, ao prazer da descoberta, apesar de tantas limitações presentes no contexto social/político/econômico/cultural/ético/estético em que nos encontramos, tentando nos cegar diariamente.

“Vem, vambora, que o que você demora, é o que o tempo leva...”

Adriana Calcanhoto

**Esquadros**

Adriana Calcanhoto

Eu ando pelo mundo prestando atenção  
Em cores que eu não sei o nome  
Cores de Almodóvar  
Cores de Frida Kahlo, cores  
Passeio pelo escuro  
Eu presto muita atenção no que meu irmão  
ouve  
E como uma segunda pele, um calo, uma  
casca  
Uma cápsula protetora  
Ah, eu quero chegar antes  
Pra sinalizar o estar de cada coisa  
Filtrar seus graus  
Eu ando pelo mundo divertindo gente  
Chorando ao telefone  
E vendo doer a fome nos meninos que têm  
fome  
Pela janela do quarto  
Pela janela do carro  
Pela tela, pela janela  
Quem é ela? Quem é ela?  
Eu vejo tudo enquadrado  
Remoto controle  
Eu ando pelo mundo  
E os automóveis correm para quê?  
As crianças correm para onde?  
Transito entre dois lados, de um lado  
Eu gosto de opostos  
Exponho meu modo, me mostro  
Eu canto para quem?  
Pela janela do quarto  
Pela janela do carro  
Pela tela, pela janela  
Quem é ela? Quem é ela?  
Eu vejo tudo enquadrado  
Remoto controle  
Eu ando pelo mundo e meus amigos, cadê?  
Minha alegria, meu cansaço  
Meu amor, cadê você?  
Eu acordei  
Não tem ninguém ao lado

# 1 PLATÔ-QUARENTENA. &. O CARTÓGRAFO SOB A MÁSCARA DO PESQUISADOR ACADÊMICO

## 1.1 &. Cartografando em uma quarentena: “Pela janela do quarto, pela janela do carro, pela tela, pela janela...”

Estou em quarentena, aqui no meu quarto, em meio à uma pandemia. Pedi demissão do trabalho anterior, e todas as atividades do mestrado prosseguem virtualmente, à distância. Procurei o mestrado com o intuito de oxigenar minha prática profissional, um espaço para novos contatos, para repensar minha atuação neste momento conturbado que atravessamos. Mas, por ironia do destino, precisei me adaptar a este período inusitado, de distanciamentos físicos e de outras vias de encontros: “eu ando pelo mundo e meus amigos, cadê?”.

No meu quarto, tenho escutado Adriana Calcanhoto nos momentos de lazer, entre uma leitura e outra, entre uma tela e outra, uma faxina e outra. Essa canção me acompanha há bastante tempo pelos espaços por onde ando, e esteve presente em vários trabalhos por mim escritos anteriormente. Canção que de tanto se repetir nos meus ouvidos, é como um ritornelo sonoro, é aquele refrão intenso, aquele estribilho que se repete, mas também um ritmo que me impulsiona a avançar adiante na melodia da vida.

Repetição que também comporta a mudança, que também pode produzir diferenças, abrir novos horizontes, porém, a depender do uso que fazemos desses recursos que compõem os territórios, a depender do modo como utilizamos os componentes que os mesmos territórios nos disponibilizam. Uma canção, uma música que sintetiza múltiplos afectos, múltiplas intensidades e forças que me atravessaram, sempre me atravessam, abrindo vias de passagem.

Deleuze & Guattari (2012a, p.176) apontam o ritornelo como um componente que catalisa, que capta as forças e as intensidades circulantes pelos territórios, elementos para composições de outras realidades. Um componente que pode ampliar as conexões, acelerar as trocas e as interações entre elementos díspares, viabilizando assim a produção de outras possibilidades e compondo novos territórios existenciais, como nos dizem:

Mas, de certo modo, o que é um ritornelo? Glass harmônica: o ritornelo é um prisma, um cristal de espaço-tempo. Ele age sobre aquilo que o rodeia, som ou luz, para tirar daí vibrações variadas, decomposições, projeções e transformações. O ritornelo tem igualmente uma função catalítica: não só aumentar a velocidade das trocas e reações naquilo que o rodeia, mas assegurar interações indiretas entre elementos desprovidos de afinidade dita natural, e através disso formar massas organizadas.

Um ritornelo, um referencial que me ajuda a organizar melhor meus pensamentos, me ajuda a assentar um pouco as inquietações, as linhas oscilantes que me percorrem, em formas mais decodificáveis. Eu diria que a canção “Esquadros” traduz um pouco de mim, é expressão de um território existencial, subjetivo, que com todos seus referenciais permanece em mim, caminhando comigo aonde vou. Ela se repete na minha vida, e aqui retorna.

Como Bakhtine, diria que o ritornelo não se apoia nos elementos de formas, de matéria, de significações comuns, mas no destaque de um “motivo” (ou leitmotiv) existencial se instaurando como “atrator” no seio do caos sensível e significacional. Os diferentes componentes mantêm sua heterogeneidade, mas são, entretanto, captados por um ritornelo, que ganha o território existencial do eu (GUATTARI, 1992, p.29).

Num sentido geral, chamamos de ritornelo todo conjunto de matérias de expressão que traça um território, e que se desenvolve em motivos territoriais, em paisagens territoriais (há ritornelos motores, gestuais, óticos, etc.). (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p.139).

Ao mesmo tempo em que a canção, pela repetição, reforça a permanência de um território existencial constituído, em que algo dele se perpetua em mim; por outro lado, a mesma canção me possibilita acompanhar as linhas sinuosas da vida, abrir-me a processos de diferenciações — outros possíveis, em criações de novos sentidos para cada momento vivenciado —, principalmente neste período pandêmico que atravessamos.

A canção me leva a perceber que o território existencial, subjetivo, é um projeto em aberto, inacabado, em permanente construção, em contínua transformação. Os reencontros que tenho com a canção me faz dar outros sentidos para vivências atuais, “sinalizar o estar de cada coisa, filtrar seus graus”: hoje não sou o mesmo que fui antes, amanhã já não serei exatamente como sou agora, transmuta com os territórios.

“Cartógrafo”, quando queremos enfatizar que ele não “revela” sentidos — o mapa da mina —, mas os “cria”, já que não está dissociado de seu corpo vibrátil: pelo contrário, é através desse corpo, associado aos seus olhos, que procura **captar o estado das coisas**, seu clima, e para eles criar sentido (ROLNIK, 1989, p.74, grifo nosso).

Deleuze & Guattari (2012a, p.142) nos advertem que é preciso desterritorializar o próprio ritornelo, isto é, deslocá-lo de suas funções já demarcadas em territórios cristalizados, ampliando-o para a produção de novos sentidos e a

criação de novos territórios existenciais, como componentes em vias de passagem: “O importante por ora é constatar essa formação de novos agenciamentos no agenciamento territorial, esse movimento que vai do intra-agenciamento a interagenciamentos, com componentes de passagem e alternância.”.

No momento atual, a canção se revestiu para mim com uma coloração mais intensa: eu estou vivo, e do meu quarto continuo olhando o mundo através de uma janela e de tantas telas que substituem a presença física de muitas pessoas! A cada manhã, presto atenção na vivacidade das cores presentes na paisagem que admiro pela janela do meu quarto; vejo ainda a fome estampada em corpos que parecem vagar pelas ruas da cidade, mais outros tantos impressos nas telas dos noticiários: “e vendo doer a fome, nos meninos que têm fome...”, fome de comer, fome de viver...

Essa canção é produto de um mundo, uma realidade produzida, e produtora de mundos possíveis, outras realidades mais habitáveis. Ela me faz transmutar com os espaços a meu redor, espaços que me invadem com todos os seus corpos: a vizinha que canta na varanda do prédio ao lado; os atabaques da tenda espírita, todo sábado à tarde; o sino da igreja que badala às 18:00h; a buzina do vendedor ambulante, às 17h; a algazarra das crianças; a briga do casal ao lado; os berros alucinados do flamenguista apaixonado; a mão estendida do pedinte....

“Esquadros” me reconecta a múltiplos acontecimentos que me afetam, um “fator de afetivação”:

O que é um acontecimento? É uma multiplicidade que comporta muitos termos heterogêneos, e que estabelece ligações, relações entre eles, através das épocas, dos sexos, dos reinos — naturezas diferentes. Por isso a única unidade do agenciamento é de co-funcionamento: é uma simbiose, uma “simpatia” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 56-57).

Você próprio é que terá de encontrar algo que desperte teu corpo vibrátil, algo que funcione como uma espécie de fator de a(fe)tivação em tua existência. Pode ser um passeio solitário, um poema, uma música, um filme, um cheiro ou um gosto... Pode ser a escrita, a dança, um alucinógeno, um encontro amoroso... Enfim, você é quem sabe o que te permite habitar o ilocalizável, aguçando tua sensibilidade à latitude ambiente (ROLNIK, 1989, p.35-36).

Ouçõ a música e assisto diariamente aos telejornais e noticiários que, dia após dia, nos atualizam sobre a triste estatística no número de mortos e infectados com o coronavírus, vírus causador da síndrome respiratória denominada COVID-19, mas, por outro lado, nos informam sobre o número de recuperados da doença.

Programas televisivos e redes sociais apontam o posicionamento do presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, contrário ao isolamento social e às

medidas preventivas para conter a expansão do vírus e a contaminação da população, negando veementemente as recomendações das autoridades sanitárias, e banalizando a enorme crise sanitária no país.

Este posicionamento tenta camuflar-se no fato de que nem todos, por questões de ordem econômica e financeira, conseguem permanecer em quarentena, e a discussão sobre a premência do isolamento tangencia as relações de classes sociais no Brasil.

Há um clima de inseguranças e de extremismos, uma divisão acirrada<sup>3</sup>, daqueles que, de um lado, se colocam contra o isolamento social, e, de outro, os favoráveis ao isolamento, uma divisão que perpassa o campo da política e se inflama entre uma “extrema direita” consolidada e alguns partidos de esquerda, de centro e até de direita, todos dispersos.

Os noticiários apontam o aumento vertiginoso no número de desemprego e no fechamento de diversas empresas pelo país, acelerando a crise econômica e o processo de empobrecimento da população brasileira, que já ocorriam antes mesmo da eclosão da pandemia. Nem todos conseguem se adaptar às exigências tecnológicas de um novo contexto para permanecer atuantes no mundo do trabalho, e a pandemia torna ainda mais explícita as tensões de uma crise que já transcorria há bastante tempo em diversas esferas: política, saúde, educação, trabalho, segurança, cultura...<sup>4</sup>

No Estado do Rio de Janeiro, e na capital, esquemas de corrupção na área da saúde, e superfaturamento com a compra indevida de insumos envolvendo políticos e gestores, agravam o sucateamento de toda a rede de atenção em saúde, aumentando o nível de vulnerabilidade, tanto dos profissionais/usuários, quanto dos pacientes/usuários<sup>5</sup>. O atual governador do Estado e ex-juiz, Wilson Witzel, é afastado e o secretário de saúde do Estado, Edmar Santos, destituído de suas funções, após investigações sobre a participação em esquemas de corrupção.

---

<sup>3</sup> Este trabalho de escrita inicia-se no período inicial da pandemia de COVID-19, que no Brasil eclode em março de 2020, e seus efeitos vão se estendendo até a conclusão deste trabalho, em fevereiro de 2022.

<sup>4</sup> COVID-19 pode ser um “grande analisador”, no entendimento de Baremlitt (1996), um elemento que explicita as tensões entre classes sociais e nos traz a possibilidade de esclarecimentos e de elaborar respostas para uma possível resolução dos impasses apresentados (Ibid., p.71). O analisador faz aparecer as instituições e suas tensões.

<sup>5</sup> O substantivo “usuário” demarca o fato de que independentemente de classes, grupos e posições sociais, somos TODOS usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste mesmo período, o atual prefeito da Cidade do Rio<sup>6</sup>, Marcelo Crivella, é acusado de formar, com dinheiro público, uma organização denominada “guardiões do Crivella”, um grupo de homens contratados para coibir manifestações contrárias à administração do prefeito e impedir a entrada e a cobertura da imprensa sobre as condições precárias dos hospitais administrados pela Prefeitura.

Porém, em meio a essas notícias, profissionais de saúde das mais diversas categorias continuam atuando em seus locais de trabalho e não recuam frente a tantas adversidades, em um exercício de resistência e de sustentação da vida. Ao mesmo tempo, gestos de solidariedade e de partilhas se multiplicam e nos mostram que outras relações sociais, que não somente pautadas no acúmulo, na dominação e na segregação de classes, são possíveis.

Ainda por esses dias escutei gritos distantes de alguns vizinhos dos prédios ao lado, gritos de “Fora Bolsonaro!”, enquanto batiam em panelas vazias, uma alusão às injustiças sociais. Gritos que me despertaram, e então uni-me ao coro para reforçar a manifestação, na tentativa de trazer conosco tantos outros.

Por uns instantes lembrei-me daquele poema encantador de João Cabral de Melo Neto, “Tecendo a manhã”: a bela imagem dos galos que mutuamente se despertam e entrelaçam os seus cantos, tecendo um mesmo espaço onde todos habitam, espaço de uma manhã que se eleva ao céu como um imenso balão iluminado. Precisamos tecer com nossa gente, raiar uma nova manhã de um Brasil mais justo, fraterno e feliz, que nos eleve a uma condição mais digna!

**Tecendo a manhã**

João Cabral de Melo Neto

Um galo sozinho não tece uma manhã:  
Ele precisará sempre de outros galos.  
De um que apanhe esse grito que ele  
E o lance a outro; de um outro galo  
Que apanhe o grito de um galo antes  
E o lance a outro; e de outros galos  
Que com muitos outros galos se cruzem  
Os fios de sol de seus gritos de galo,  
Para que a manhã, desde uma teia tênue,  
Se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,  
Se erguendo tenda, onde entrem todos,  
Se entretendendo para todos, no toldo  
(a manhã) que plana livre de armação.

---

<sup>6</sup> Marcello Crivella no momento desta escrita já não é mais o prefeito da Cidade do Rio de Janeiro, não conseguindo se reeleger nas eleições municipais de 2020. Pretendo, com este recurso, resgatar a intensidade dos acontecimentos vivenciados no momento da escrita.

A manhã toldo de um tecido tão aéreo  
Que, tecido, se eleva por si: luz balão.

Há um clima de desilusão em grande parte da população, uma considerável insatisfação com o modo como o Governo Federal se posiciona em relação aos efeitos devastadores provocados com a pandemia em todo o país. A empolgação de algumas classes e setores da sociedade, com a campanha do atual presidente no período das eleições gerais de 2018, parece perder vigor. Por ironia, as manifestações de repúdio, denominadas “panelaço”, — iniciadas no segundo mandato da ex-presidente Dilma Rousseff, dentro do contexto do chamado “antipetismo” — retornam.

Há uma expressão utilizada por Lancetti (2015, p.30) que me ajuda a entender um pouco a ascensão do atual presidente no período das eleições, expressão cunhada nos territórios da clínica de atenção psicossocial aos usuários de drogas, denominada “contrafissura”, que consiste “no afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade [...]”.

Contrafissura no sentido de uma resposta imediatista, pela qual muitos lançam mão, precipitadamente, da internação compulsória como única possibilidade para conter a fissura, isto é, o desespero do usuário pelo uso da droga, — visto por grande parte da população como hábito imoral e satânico — sem, contudo, nos ocuparmos com as relações sociais estabelecidas no entorno ao consumo da droga.

Contrafissura é, portanto, uma expressão bastante crítica à realidade das internações compulsórias no país, que acabam por tamponar toda uma trama social que de certa maneira sustenta a permanência do usuário no consumo, e de um sistema lucrativo com as chamadas comunidades terapêuticas.

E porque não ampliar a expressão para “contrafissura-bolsonaro-witzel-crivella”, transpô-la então para o contexto político? Ou seja, o afã da população brasileira, por exemplo, em querer encontrar soluções imediatas para o problema da corrupção e da violência no Brasil, sem nos ocuparmos, sem nos responsabilizarmos com um processo histórico e cultural no nosso país de tamanha complexidade, com seus múltiplos fatores, que culminou na dinâmica social e na realidade de violências tal como hoje se apresentam.

Neste panorama, grande parte da população é facilmente tragada por discursos de ódio e intolerância às diferenças, por meio de campanhas eleitorais nas quais candidatos gesticulam, como se portassem armas em suas mãos, fazendo

menção à liberação do porte de arma como solução imediata para o problema da violência e conseqüente eliminação dos indesejáveis. Contudo, a corrupção permanece na pauta do dia, a violência e o trágico número de mortes aumentam assustadoramente.

É exatamente em meio às tensões deste período que inicio uma pesquisa para conhecer melhor como o trabalho de matriciamento em saúde mental tem se desenhado na atualidade, através do encontro entre um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Mas, enquanto o país se divide, se agita, eu permaneço aqui no meu quarto, e, nunca como antes, este ambiente passou a ser, ao mesmo tempo, familiar e estranho a mim: familiar porque cotidiano como antes; estranho porque ocupo-o de um modo inabitual, permanentemente.

Olho as paredes, os móveis e meus livros como sempre os vi, mas olho-os de um outro modo, como tentando me agarrar a objetos que me sirvam de apoio em meio a um deserto povoado de incertezas. É como se estes objetos agora assumissem outras funções, se tornassem meus companheiros de cela: minha cama, meu guarda-roupa, minha poltrona, meu quadro de São João na parede, minha escrivaninha, minha cadeira, meus muitos CD(s), meus muitos livros, meus santos, minha terra/Terra... Minha gente, minha terra/Terra, precisamos respirar!

**Terra**

Caetano Veloso

Quando eu me encontrava preso  
 Na cela de uma cadeia  
 Foi que eu vi pela primeira vez  
 As tais fotografias  
 Em que apareces inteira  
 Porém lá não estavas nua  
 E sim coberta de nuvens  
 Terra, terra  
 Por mais distante  
 O errante navegante  
 Quem jamais te esqueceria?

Essa força que nos aprisiona no hábito de dizer “eu”, com seus infundáveis pronomes possessivos que o preenchem! Certa vez, um professor em aula, dizia-nos não haver nada mais entediante, chato mesmo, do que ouvir uma pessoa em conversa de bar que só fala de si, sem abrir-se aos outros, não havendo com isto comunicação, troca, transmissão daquilo que nos é comum em conversas compartilhadas.

O professor, em distinção, citava alguns ilustres escritores(as), como, por exemplo, Clarice Lispector que — ao narrar suas vivências particulares, através dos personagens criados — parece nos falar apenas de si, mas — na verdade, ao adentrarmos nas suas narrativas —, percebemos que nos transmite experiências comuns a muitos de nós.

Pretendo o mesmo nestas linhas: comunicar experiências vividas que possam falar um pouco com alguns de nós neste momento que atravessamos. Dar passagem a sentimentos, sensações, impressões que me invadem aqui no meu quarto, mas, que de certa forma, possam dizer respeito, em comum, a tantas e tantas pessoas, no contexto da pandemia no qual nos encontramos.

Sentimento de medo e de solidão, mas em alguns momentos também de alegria, sensação de cansaço, um cansaço subjetivo, inesperadamente me tomam de assalto, mas podem, por outro lado, me aproximar de vários/várias neste momento, tecendo redes de afetos que sejam potentes para transformar nossas vidas. Talvez sejam sentimentos e sensações impregnados em nós de maneira similar: minha/tua alegria, meu/teu cansaço, nossas vivências...

Pretendo dissolver-me entre vários, pretendo que vários outros venham me recompor, e talvez possamos nos encontrar em alguns pontos, ainda que não desejados. Antes de tudo, faço um convite para continuarem me acompanhando nestas linhas que seguem, linhas que pretendem nos arrastar, que nos permitam prosseguir, mesmo que esbarrem em alguns pontos aparentemente intransponíveis.

Penso que estes eventuais pontos de parada possam também ser encontros vigorosos, que por um lado nos façam criar estratégias de enfrentamento para juntos avançarmos, nos façam transmutar com a vida em dimensões que a façam proliferar em mais encontros. Mas, espero que a linha se sobressaia ao ponto, gosto muito da imagem da linha, da ideia da linha: “Faça a linha e nunca o ponto! A velocidade transforma o ponto em linha!” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.36).

A linha nos remete ao movimento contínuo da própria vida, enquanto o ponto tem a tendência de nos remeter à uma ideia fixa, de nos fixar em algo, tal como no dito popular, “todo ponto de vista é visto a partir de um ponto”, e assim corremos o perigo de nos encastelarmos em nosso mundo particular. Podemos nos tornar rígidos, vendo o mundo apenas por um único ângulo, presos às nossas ideias. Procuo colocar-me ao lado de Deleuze ao desviar-se das estruturas fixas:

Há linhas que não se reduzem ao trajeto de um ponto, e escapam da estrutura, linhas de fuga, devires, sem futuro nem passado, [...]. (DELEUZE; PARNET, 1998, p.22).

Eu tendo a pensar as coisas como conjunto de linhas a serem dessemanhadas, mas também cruzadas. Não gosto dos pontos, pôr os pontos nos is me parece estúpido. Não é a linha que está entre dois pontos, mas o ponto que está no cruzamento de diversas linhas. A linha nunca é regular, o ponto é apenas a inflexão da linha (DELEUZE, 1992, p.200).

Por enquanto, continuo aqui no meu quarto com tantos outros, vejo-os através de telas menores que se multiplicam dentro de telas maiores: tela de celular, tela do computador, plataformas de comunicação, vídeos chamadas, tela da TV LED, telas e mais telas... É como se esse “eu” que persiste em mim, fosse uma grande tela na qual as vivências são impressas ao longo da vida, e agora se fragmentasse em telas menores, se pulverizasse entre rostos enquadrados: “eu vejo tudo enquadrado, remoto controle...”.

Vejo muitos rostos com seus olhos que me capturam, olhos como pontos negros delimitados em pequenas telas que de igual modo me tragam como um buraco-negro. Uma vontade muito forte de atravessar a tela do meu computador me arrebatada, desejo de ir além como quem ultrapassa um muro que nos separa, além de qualquer palavra compartilhada em plataformas de comunicação e em redes sociais.

Palavras compartilhadas que são vãs tentativas de significar este momento único que vivenciamos. Desejo de estar mais próximo de cada um deles, espalhados pelas telas, para então me sentir mais vivo, ultrapassar o muro que a pandemia nos impõe com todo seu sistema de significações, com seus signos inscritos: telas, quarentena, isolamento, distanciamento, plataformas, máscara cirúrgica, álcool-gel, medos, mortes, etc... Necessidade de apropriar-me de outros signos: amizade, abraço, partilha, solidariedade, união, etc...

Havíamos encontrado dois eixos: um de significância e outro de subjetivação. Eram duas semióticas bastante diferentes, ou mesmo dois estratos. Mas a significância não existe sem um muro branco sobre o qual inscreve seus signos e suas redundâncias. A subjetivação não existe sem um buraco negro onde aloja a consciência, sua paixão, suas redundâncias. [...]. É, entretanto, curioso, um rosto: sistema muro branco - buraco negro (DELEUZE & GUATTARI, 1996, p.31-32).

Desfazer o rosto é o mesmo que atravessar o muro do significante, sair do buraco negro da subjetividade. O programa, o slogan da esquizo-análise vem a ser este: procurem seus buracos negros e seus muros brancos, conheçam-nos, conheçam seus rostos, de outro modo vocês não os desfazão, de outro modo não traçarão suas linhas de fuga (DELEUZE & GUATTARI, 1996, p.58).

Rostos enquanto traços provisórios que se expressam nas telas do computador e do celular, traços de rostidade<sup>7</sup> que se decompõem e recompõem conforme nossas vivências e os agenciamentos realizados a cada instante. Precisamos desfazer o conjunto de traços que compõem nossos rostos e nos aprisiona em identidades fixas, para que possamos liberar esses traços e experimentar refazer-nos de outros modos.

As pessoas que vejo são mais que rostos que se apresentam, são corpos que pulsam! Nossos encontros comportam inúmeras possibilidades e muito mais vida, para além das que as tecnologias digitais possam nos proporcionar, mas que por ora se fazem necessárias, mesmo que venham a ser recursos momentâneos.

O que importa aqui não é unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, é a constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se re-singularizar (GUATTARI, 1992, p.17).

Contudo, pulverizado entre tantas telas e rostos, continuo dizendo “eu”, um hábito que insiste em nós, mas tão insistente quanto poroso. Um hábito que possibilita imiscuirmo-nos entre inúmeras outras vivências; e, eventualmente, encontrarmo-nos em múltiplas histórias narradas, no entanto, a depender do “grau de abertura que nos permitimos com a vida, a cada momento”, “um critério vital, não moral” (ROLNIK, 1989, p.70).

Um “Eu” que pode ser tantos outros, num processo contínuo de criação, de reconstrução de si: “Eu é um outro, uma multiplicidade de outros, encarnado no cruzamento de componentes de enunciações parciais extravasando por todos os lados da identidade individuada.” (GUATTARI, 1992, p.105).

Dizer “eu” aqui nestas linhas é uma fragilidade que paradoxalmente nos mantém, quiçá um estilo de escrita. Recomendo considerá-lo como “nós” — não o pronome “nós” da primeira pessoa do plural, que nos distingue das demais pessoas, mas sim no sentido de uma multiplicidade que nos perfaz: “Não chegar ao ponto em que não se diz mais EU, mas ao ponto em que já não tem qualquer importância

---

<sup>7</sup> Sobre o conceito de rostidade sugiro Deleuze & Guattari (1996). O rosto é a superfície onde os afectos, as forças e intensidades que nos atravessam, adquirem formas (territorialização), tal como num mapa que se delinea; ou mesmo, onde os traços que definem esses rostos se desmancham (desterritorialização) devindo outros processos de rostificação que capturam os corpos (Ibid., p.35, p.49). O rosto é uma superfície lisa onde afectos e intensidades deslizam produzindo formas, máscaras, que se apresentam conforme às forças circunstanciais e o contexto vivenciado (ROLNIK, 1989, p.80).

dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados.” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.11).

Arriscaria dizer que esse “eu” seria um ponto no qual tentamos nos fixar, mas um ponto que não se sustenta por si mesmo, atravessado e composto por linhas heterogêneas (trabalho, família, religião, cultura, crenças, valores, políticas, classes, interesses, desejos, etc...) que o forjam, mas podem deslocá-lo, possibilitando novos posicionamentos e agenciamentos com os territórios que o compõem:

Dessa forma, a coexistência de múltiplos planos experienciais, a visão da paisagem, os processos cinesiológicos do corpo, a gravidade sofrida, pensamentos, humores, crenças, valores, performatizam uma totalidade e unidade que temos o hábito de chamar de Eu (HUR, 2019, p.49).

Na esquizoanálise há um deslocamento do primado do Eu para as afecções ocorridas no turbilhão do fluxo do sensível. Abandona-se o consciencialismo para se apreender as suas articulações no território e suas afecções. O campo e o agenciamento transpassam a consciência, não se reduzem ao Eu nem à identidade (HUR, 2019, p.50).

Há interferência mútua entre o “eu” e os territórios que o compõem: o “eu” é moldado e se articula com as forças do fora, com as intensidades pulsantes do território, portanto, em permanente movimento com as linhas e os fluxos de energia que o atravessam, jamais um ponto fixo e imutável. “Eu” enquanto produto das forças territoriais, e produtor de novos territórios da existência, a depender do modo como se agencia com essas mesmas forças que o moldam.

## **1.2 &. Esquizoanálise e as linhas que compõem a vida**

Penso que a proposta da esquizoanálise não é eliminar as identidades constituídas, mas talvez mostrar que a identidade, essa produção do “eu”, se dá em permanente construção. Talvez por isso seja árdua a tarefa de nos apresentarmos e definirmos quem somos a cada momento da vida. Observando bem, a cada vez em que nos apresentamos, perceberemos que é comum nos colocarmos de maneiras diferentes, apontando e ressaltando traços e elementos outrora impensados, em situações outras não apresentadas.

A esquizoanálise nos alerta para os perigos de nos colarmos nas identidades, de nos fixarmos nelas, e, deste modo, acabarmos aprisionados em

formas cristalizadas que podem nos distanciar da vida que se engendra em contínuo movimento. Fixarmo-nos em formas padronizadas pode nos distanciar daquilo que nós podemos, ou seja, da capacidade de nos reinventarmos em outros modos de existências.

A luta por uma subjetividade moderna passa uma resistência às duas formas atuais de sujeição, uma que consiste em nos individualizar de acordo com as exigências do poder, outra que consiste em ligar cada indivíduo a uma identidade sabida e conhecida, bem determinada de uma vez por todas. A luta pela subjetividade se apresenta como direito à variação, à metamorfose (DELEUZE, 2013, p.113).

Esquizoanálise, como nos aponta Rolnik (1989), é a análise do desejo por meio do acompanhamento das linhas que compõem os territórios existenciais, possibilitando desenhar os “mapas psicossociais” que explicitam quais das linhas tem prevalecido na composição destes mesmos territórios: linhas duras; linhas flexíveis e linhas de fuga. Deleuze & Parnet (1998) consideram que, indivíduos e grupos, somos todos feitos por linhas emaranhadas, pelos três tipos de linha citados, que nos compõem por toda a existência.

Linhas duras que segmentam, dividem a vida por etapas determinadas, linhas que estipulam códigos e atribuições, em um plano de organização, para que possamos nos ajustar à cada etapa definida e ao comportamento que se espera de nós em uma progressão sequencial: do colo para a creche, da creche para a escola, da escola para a universidade, para o trabalho, para...

Linhas flexíveis<sup>8</sup>, que permitem mudanças muitas vezes sutis, quase imperceptíveis, linhas que possibilitam descolarmo-nos das determinações impostas pelas linhas duras, contudo, sem se desvencilharem destas, sem assim as perdermos de vista em novas composições. As linhas flexíveis nos fazem transitar, oscilar entre as linhas duras e as linhas de fuga.

Linhas de fuga, que nos apontam para o inusitado, linhas que nos abrem para o imprevisível da vida, para a velocidade dos movimentos e a intensidade dos afectos desconhecidos, dos acontecimentos e encontros fortuitos, levando-nos para

<sup>8</sup> Rolnik (1989) denomina as linhas flexíveis como linhas de simulação, ou linhas de experimentação, e aponta que as três linhas (duras, flexíveis, e de fuga) encontram-se entrelaçadas em um plano de imanência, isto é, não havendo, portanto, separação entre elas. A autora considera que a linha flexível promove um movimento de dupla-face, de (des)territorialização e de (re)territorialização: (des)territorialização, ao levar as linhas duras em direção às de fuga, ou seja, dissolvendo territórios constituídos com suas formas visíveis e determinações postas no plano de organização da vida, abrindo deste modo as linhas duras para outras composições possíveis; em sentido contrário, promove (re)territorialização ao capturar as linhas de fuga, trazendo-as para o plano de organização onde as linhas duras operam, possibilitando que a agitação das forças informes se sedentarize para a composição de novos territórios existenciais, em novas formas visíveis e afetos nominados (Ibid., p.47-55).

territórios ainda não explorados, ainda não delineados (DELEUZE; PARNET, 1998, p.145-170).

Propõe-se liberar o desejo em produções de novos territórios que escapem aos dispositivos de controle e de normatização da vida. Desejo que dilua as formas enrijecidas, prefixadas nos territórios já constituídos, que muitas vezes nos limitam em identidades e representações de um eu encapsulado na ideia de interioridades. Destarte, faz-se necessário:

[...]: depurar a problemática da análise do desejo de toda e qualquer possibilidade de redução à representação de um ego ou de uma unidade de pessoa. Depurá-la de toda e qualquer possibilidade de redução da escuta ao olho e àquilo que ele alcança — ou seja, de redução do desejo ao seu terceiro movimento, o dos territórios constituídos. Em outras palavras, através do termo “esquizoanálise”, com certo humor e ironia, o que se quer é refundar ou, simplesmente, frisar e reforçar a fundação do inconsciente sobre a desterritorialização (ROLNIK, 1989, p.75-76).

Para o acompanhamento das linhas que compõem os territórios existenciais, bem como dos processos de desterritorialização que dissolvem as formas cristalizadas, Deleuze & Guattari (1995, p.15-21) propõem um modo alternativo de produção de conhecimento e de outras possibilidades para a composição de novos territórios da existência, elaborando a ideia de “rizoma”. Os autores apresentam algumas características ao elaborá-lo: “1º e 2º — Princípio de conexão e heterogeneidade; 3º — Princípio de multiplicidade; 4º — Princípio de ruptura a-significante; 5º e 6º — Princípio de cartografia e decalcomania”. Características amalgamadas pelas linhas seguintes:

### 1.2.2. & Modelo árvore-raiz e agenciamento rizoma

Os autores citados utilizam-se da ideia do “rizoma”, no dizer destes, “do agenciamento rizoma”, em distinção ao modelo “árvore-raiz”, modelo hegemônico na produção do conhecimento e no modo como as pessoas se posicionam nas relações e no mundo. A cartografia enquanto possibilidade metodológica para a produção do conhecimento é um dos aspectos do rizoma, mas, por ora, precisamos nos ater nestas duas figuras, em suas consideráveis distinções:

O modelo “árvore-raiz”, como a própria imagem estampa, segue uma estrutura ordenada, prefixada, que aponta para uma única direção, para o alto, nos

remetendo a um movimento de transcendência. A árvore-raiz, mesmo que varie em espécies, é reduzida a uma mesma estrutura previsível, que se repete numa produção serializada: em raízes que nos imprimem a ideia de profundidades; em troncos centrais posicionados verticalmente, que crescem numa mesma direção, para o alto, e se ramificam em galhos bifurcados; em folhas nas extremidades que se reproduzem como decalques, e se multiplicam em formas homogêneas e serializadas.

O modelo “árvore-raiz” é visível a olho nu, no dizer de Rolnik (1989, p.50-51) ao olho retina, que captura as formas constituídas, formas produzidas como efeitos das linhas duras que operam no chamado plano de organização da vida. Interessante observar que a imagem da árvore se faz presente em diversas culturas e religiões, com seus mitos criacionistas, como elemento ordenando o mundo e pelo qual a vida na Terra foi criada.

Como exemplos, podemos perceber: na cultura judaico-cristã, no livro bíblico de Gêneses, que traz a figura da “árvore da vida” no centro do jardim; na cultura Yorubá, a presença do dendezeiro no mito da criação, árvore sagrada pela qual os orixás descem do Òrun (céu) até o Àiyé (terra) para gerir o mundo<sup>9</sup>.

A própria árvore é de fundo sagrado para os Fon Yorubá, sendo morada e assento de Fá ou Ifá, agentes divinos do vaticínio e da informação entre os planos dos Orixás-Voduns e os homens. Aliás, as plantas, no caso o dendezeiro, adquirem respeito e importância na visão dada à natureza por parte das religiões afro-brasileiras que, assim, compreendem e estabelecem o culto aos Orixás-Voduns (LODY, 1992, p.1).

Este modelo “árvore-raiz” persiste na tradição filosófica, em filosofias que se pautam por um pensamento essencialista que busca definições estáveis, e se impõe nos espaços de produções científicas, em metodologias que prezam pela organização rigorosa dos dados em estruturas fixas, a partir de metas predeterminadas para se alcançar os resultados esperados.

Gostaria de abrir um segundo parênteses, e apontar que é interessante perceber que a CID-X (Classificação Internacional das Doenças-X), parece estruturar-se pelo modelo “árvore-raiz”, uma vez que a apresentação das patologias nos remete à centralidade de um eixo que vai se ramificando em suas variantes. Uma estrutura que leva os profissionais a classificarem, e, em algumas situações, a

---

<sup>9</sup> A menção aqui feita tem por objetivo pensar a árvore como signo, símbolo de transcendência, elemento presente em diversas culturas, sugerindo a ideia de ordenamento do mundo e das relações, jamais apontar qualquer juízo sobre o conjunto estruturado de crenças e de valores presente nas culturas citadas. Sobre a importância do dendezeiro na cultura Yoruba Nagô, sugiro a leitura de Lody (1992).

reduzirem os fenômenos existenciais de sofrimento em diagnósticos, como decalques em formas sobrecodificadas, por exemplo: F20 — Esquizofrenia; F20.0 — Esquizofrenia paranoide; F20.1 — Esquizofrenia hebefrênica; F20.2 — Esquizofrenia catatônica; [...]; F20.9 — Esquizofrenia não especificada.

Em outro sentido opera o agenciamento “rizoma”, não contrário ao modelo “árvore-raiz”, mas um modo alternativo de atuar com as linhas de forças que perfazem os territórios, em face do qual “não existem pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas.” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.17). É um agenciamento que viabiliza a produção do conhecimento através dos processos de desmanche dos territórios constituídos (desterritorialização), e da invenção de novos territórios existenciais (reterritorialização).

Esse agenciamento rizoma se ocupa com a produção do conhecimento que vai se esboçando no modo como nos colocamos nestes processos de transformações, e, principalmente, de como lidamos com as linhas de forças que nos atravessam, emprestando o nosso corpo vibrátil aos processos de composições e decomposições engendrados: “Isso se considerarmos o corpo em seu potencial expressivo, sua invisível vibração, suas singularidades afetivas. Em suma, se considerarmos o corpo sem órgãos e não o corpo orgânico, com seus significados a priori: o corpo que vê e é visto pelo olho.” (ROLNIK, 1989, p.45).

Deleuze & Guattari (1996, p.11) dizem que o corpo sem órgãos (CsO) não é bem um conceito, mas “um conjunto de práticas”, é o corpo aberto às experimentações e que se contrapõe à ideia de organismo, de um sistema estratificado, ordenado, muitas vezes fechado em si. O CsO é, portanto, assistemático, anorgânico, acoplado-se a diversos outros corpos, elementos heterogêneos, sejam eles humanos ou não humanos, tendo com isto suas funções sempre ampliadas, reinventadas.

Onde a psicanálise diz: Pare, reencontre o seu eu, seria preciso dizer: vamos mais longe, não encontramos ainda nosso CsO, não desfizemos ainda suficientemente nosso eu. Substituir a anamnese pelo esquecimento, a interpretação pela experimentação. Encontre seu corpo sem órgãos, saiba fazê-lo, é uma questão de vida ou de morte, de juventude e de velhice, de tristeza e de alegria. É aí que tudo se decide.

Rolnik (1989, p.59) denomina o CsO como “corpo vibrátil”, o corpo conectado às intensidades e aos fluxos circulantes. O corpo vibrátil escapa às interpretações que sobrecodifica os sintomas, e rompe com os sistemas ordenados

da chamada clínica do olhar, a denominada clínica anatomofisiológica, que se atém aos sinais visíveis.

Um rizoma nos remete à ideia botânica de tubérculos subterrâneos, imperceptíveis ao olho retina, ao sentido da visão, expandindo-se em várias direções, sem necessariamente guiar-se por eixos centralizados e estruturas prefixadas. Opera e se movimenta em platôs de intensidades nos quais não percebemos princípios/inícios nem fins localizáveis, não percebemos sequer suas raízes, distanciando-se assim da ideia de profundidades.

Verificamos apenas os meios, ou seja, platôs de intensidades onde os movimentos ganham ou perdem velocidade (acelerações e lentificações), e nestas variações um rizoma vai se conectando com múltiplos pontos e posições que encontra pelos espaços afora:

Um platô está sempre no meio, nem início nem fim. Um rizoma é feito de platôs. Gregory Bateson serve-se da palavra “platô” para designar algo muito especial: uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior. [...]. Chamamos ‘platô’ toda multiplicidade conectável com outras hastes subterrâneas superficiais de maneira a formar e estender um rizoma (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.33).

Diferente do modelo “árvore-raiz”, que opera com as linhas duras, estruturando e ordenando o mundo no plano de organização da vida — no plano molar das visibilidades, com seus pontos localizáveis e formas constituídas —, um rizoma transita pelo plano de imanência, ou plano de consistência, onde a vida se engendra em processualidades, em devires imperceptíveis.

Deste modo, um rizoma distancia-se do campo das representações totalizantes e dos modelos estruturados, articula-se no plano de imanência com as forças informes e com as linhas de fuga em fluxos maquínicos, fluxos de energia enquanto “um deslocamento de partículas por unidade de tempo; ele (o fluxo) é abstrato, não representado, mas produz modificações nos territórios” (BARROS, 2007, p.203) : um rizoma ganha velocidade na agitação imperceptível entre moléculas, na interação entre platôs moleculares.

O modelo arborescente nos sugere movimentos sequenciais, segmenta a vida em etapas e fases pré-delimitadas, e divide as gerações com suas árvores genealógicas: “árvore é filiação” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.37). Modelo pautado pela permanência de um estado de coisas, comumente trabalhando com

definições estáveis, para isto, fundamentando-se na conjugação naturalista do verbo ser.

De modo distinto, um rizoma nos sugere movimentos inconstantes, instáveis, muitas vezes de desestabilização, em estados provisórios, transpondo etapas e fases sequenciais. Um agenciamento rizoma se distancia da ideia de permanência, opera por articulações e transmutações, faz-se por proliferação e não genealogia, utilizando-se do conectivo “E” nos processos de diferenciações (heterogênese): “rizoma é aliança” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.37).

O rizoma agencia por adição, opera simultaneamente com o conectivo “E”, não por exclusão, como ocorre com o conectivo “OU”: articula-se com um elemento “E” outro, simultaneamente; e não, um “OU” outro, como num método de exclusão. Procura subverter a conjugação naturalista do verbo ser, com suas definições e estados de permanência: “A árvore impõe o verbo ser, mas o rizoma tem como tecido a conjunção ‘e... e... e...’ Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.37).

Contudo, o “agenciamento rizoma” e o modelo “árvore-raiz” não se relacionam por oposição, não são realidades excludentes entre si, mas coextensivas. Em alguns pontos o rizoma pode se arborizar, fechando-se em estruturas que reproduzem igualdades, assim como o modelo “árvore-raiz” pode se abrir em alguns pontos e espalhar-se em movimentos rizomáticos, imprevisíveis, produzindo variâncias e diferenciações.

Outrossim, molar e molecular são realidades coextensivas, respectivamente, o visível e o invisível dos agenciamentos que se realizam, em planos que se interpenetram:

O molar refere-se às realidades constituídas, um certo modo de recortar os fluxos, a prevalência de uma máquina abstrata — a de sobrecodificação —, que corta os agenciamentos em grandes conjuntos, identidades, individualidades, sujeitos e objetos. O molecular refere-se aos processos de constituição, campo do invisível que, em seus agenciamentos, transmuta coordenadas da percepção e do desejo onde a prevalência no funcionamento é de uma máquina abstrata de mutação ou de guerra. Vemos, então, que a oposição molar/molecular não pode ser feita por exclusão. Trata-se do visível e do invisível — ambos, entretanto, reais (BARROS, 2007, p.205).

Um rizoma comporta rupturas, movimentos de desvios, mudanças de rota, e, ao deparar-se com obstáculos e barreiras, pode seguir em direções inesperadas, abrindo caminhos ainda não apontados, nunca percorridos. Entretanto, no encontro com alguns pontos de entraves, pode paralisar-se em certos momentos, — vindo

mesmo a quebrar-se, a romper com o ponto de entrave — mas, logo em seguida, conectando-se a outros pontos — ou mesmo, mais adiante, reconectando-se com o ponto de entrave anteriormente encontrado, em um novo agenciamento.

O rizoma, como vimos, movimenta-se de modo imprevisível e se expande imperceptivelmente pelos espaços afora, sendo a cartografia a arte de acompanhar e registrar os movimentos realizados, traçando mapas da existência: a arte que se ocupa com a processualidade da vida e a emergência dos acontecimentos. Eu diria que a cartografia compõe com as linhas da vida mapas e paisagens, permitindo imprimir nestas paisagens as transformações que se dão nos territórios existenciais.

### 1.2.3. &. A cartografia como aspecto do rizoma: compondo mapas, paisagens psicossociais

A cartografia viabiliza a produção de mapas, de desenhos que esboçam os movimentos dos corpos e os pontos localizáveis em um determinado território. O mapa é o produto de uma cartografia, de uma ação que se dá em ato, um produto que vai se delineando a partir da interação entre o cartógrafo e os territórios que este vai percorrendo. Ele, o mapa, é distinto do decalque que observamos no modelo “árvore-raiz”, porque não reproduz formas homogeneizadas, um mapa é sempre único e distinto de qualquer um outro, e, por si mesmo, comporta múltiplas funcionalidades:

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.22).

Como produto de uma cartografia, o mapa é a expressão dos movimentos rizomáticos, e de igual modo ao rizoma, não se percebe com muita nitidez onde começam e terminam os movimentos que o compõem. Apresenta, desta maneira, múltiplas entradas e várias saídas durante os processos de trabalho, apenas deslizando entre os meios, em platôs de intensidades.

Entretanto, o mapa se expressa no plano molar das visibilidades, ele é figura, imagem produzida no campo das representações, produto que adquire forma no plano de organização onde as linhas duras operam. As linhas duras produzem cortes nos fluxos de energia que se deslocam pelos territórios, cortes não no sentido

de separá-los destes, mas de extrair parte da energia dos fluxos associativos em formas e representações decodificáveis: “A ideia de corte, aqui, não se refere a corte como separação da realidade, mas como operação de extração sobre fluxos associativos” (BARROS, 2007, p.201). O mapa e “as paisagens psicossociais” que ele expressa são produtos destas linhas cortantes.

“Macro” é a política do plano concluído pela terceira linha (linha dura), plano dos territórios: mapa. No mapa delinea-se um contorno dos territórios: imagem da paisagem reconhecível a priori. O mapa só cobre o visível. Aliás, de todo o processo de produção do desejo, só nesse plano há visibilidade: é o único captável a olho nu (ROLNIK, 1989, p.60).

A autora ressalta que a cartografia — enquanto acompanhamento dos processos de composição e decomposição de territórios, e do qual o cartógrafo se ocupa — se realiza no plano de imanência, ou seja, nos platôs de intensidades onde os fluxos de energia e os afectos não subjetivados agenciam a produção de novos mapas e paisagens: “Paisagens psicossociais também são cartografáveis” (ROLNIK, 1989, p.15).

É no campo das micropolíticas, das afecções cotidianas, que a cartografia se engendra em processualidades, seguindo as pulsações dos territórios em movimentos imperceptíveis e devires incomensuráveis, não alcançados pelo olho retina que enxerga apenas as formas.

“Micro” é a política do plano gerado na primeira linha (linha de fuga): cartografia. [...]. (A cartografia, diferentemente, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra — aqui, movimentos do desejo —, que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente.). [...]. Ora, o plano na lógica da micropolítica, nada tem a ver com a transcendência: ele se faz ao mesmo tempo que seu processo de composição. [...]. Esse plano, então, não é bem um plano: ele é, antes, algo como um pedaço de imanência... (ROLNIK, 1989, p.60-63).

O cartógrafo durante seu percurso precisa ativar o “olho vibrátil”, ou seja, o olho sensível que alcança os movimentos imperceptíveis a olho nu, para além das formas constituídas, em vias de passagem que possibilitem realizar suas cartografias em ato. O corpo vibrátil quando afetado pelas forças, fluxos e tensões presentes nos territórios, leva o olho retina, o sentido da visão, a ultrapassar as formas estáticas e se ocupar com os processos de criação e de novas sensibilidades: corpo vibrátil + olho retina = olho vibrátil. Resumindo: **mapa**: plano de organização / transcendência / formas / molar / olho retina/ visível / macropolítica; **cartografia**: plano de imanência/ consistência / forças / afectos/ molecular / olho vibrátil / invisível / micropolítica.

Como metodologia de pesquisa, a cartografia realizada no plano de imanência, de consistência, se distancia da organização de fases sequenciais e rigorosamente demarcadas, a serem cumpridas ao longo da pesquisa a ser desenvolvida.

Passos & Benevides de Barros (2012, p.17) chegam a sugerir com a cartografia uma reversão no sentido tradicional do próprio método, isto é: “não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas: metá (reflexão, raciocínio, verdade) + hódos (caminho, direção)”. Por este viés, alguns autores preferem utilizar a expressão “antimétodo” para designar este modo peculiar de realizar pesquisas (FONSECA; FRANCO, 2009, p.49; FRANCO & MEHRY, 2013, p.161).

Penso que o mapa é um desenho provisório que se refere a contextos e momentos específicos, com seus traços efêmeros, não a produção de uma verdade imutável, separada de todo um contexto e do momento no qual é elaborada, produzida. O cartógrafo precisa tomar o cuidado para não se fixar, prender-se ao mapa, ao produto de sua cartografia, pois a aplicabilidade de um mapa é finita, apresenta prazo de validade: um determinado mapa é funcional em contextos e situações específicos, mas em outros, não faz nenhum sentido ao ser aplicado.

O cartógrafo precisa pôr-se em abertura para desmontar seus próprios mapas e traçar novos, se necessário, desfazê-los e reconstruí-los. Vive de apropriar-se dos diversos elementos e dados que emergem, que vai encontrando nos seus trajetos, para digeri-los e continuar seu trabalho em novas cartografias.

Percebo que o cartógrafo oscila entre dois planos, de organização e de imanência ou consistência: é como aquela linha flexível, de simulação — que age no “entre” esses dois planos, no “entre” as duas outras linhas (duras e de fuga), e com elas se entrelaça, viabilizando processos de (des)territorializações e (re)territorializações, decerto, abrindo-se às experimentações — ou ainda, linhas de experimentação.

Precisamos ponderar que pode ser insuportável, sufocante, vivermos imersos apenas no plano de organização, com suas determinações, por meio de leis, portarias, normas, regras, estatutos, etc...; assim como, pode ser angustiante demais vivermos lançados ao plano de imanência, flutuando em um estado constante de indeterminações que não nos possibilita muitas vezes um contorno às nossas ações, às nossas práticas e vivências.

Rolnik (1989, p.67, p.74) reinventa o cartógrafo nestas “terras de antropofagia”, como aquele que “devora os estrangeiros”, os estranhos, (in)corporeando-os, trazendo para si os múltiplos signos que encontra em suas incursões e conquistas de novos territórios da existência: “O cartografo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias”. Coloca-se longe de um ideal de verdade depurada, mas misturando-se aos diferentes, às populações estrangeiras, tomando destes a força necessária para “sustentar a vida em seu movimento de expansão” e de diferenciação dos espaços.

Ainda por esses dias um acontecimento irrompeu a elaboração do projeto de pesquisa que venho desenvolvendo pelo programa de mestrado no qual estou matriculado, projeto cadastrado no sítio eletrônico “Plataforma Brasil”, e apresentado aos Comitês de Ética em Pesquisa CEP(s) aos quais está subordinado. A experiência imprimiu algumas marcas em mim! Reaproximou-me de alguns aliados, tendo eu o intuito de fazer o projeto avançar nos meus objetivos, e até mesmo me ajudou a digerir melhor alguns aspectos ainda estranhos a mim...

### **1.3 &. Uma máscara/subjetividade forjada entre forças: “E como uma segunda pele, um calo, uma casca, uma cápsula protetora...”**

Princípio de uma noite muito quente, iniciozinho de verão na Cidade do Rio de Janeiro. O encontro *on line* às segundas-feiras com o grupo de pesquisa do mestrado terminou há pouco. Sinto dores nas minhas costas pela falta de postura adequada na cadeira, mas com meus olhos direcionados para a tela do computador e ouvidos atentos às conversas.

No intervalo entre o fim do encontro com o grupo de pesquisa e o início do encontro com a equipe do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), agendado para daqui a pouco, aproveito para relaxar, ouvindo uma música: “Vem chegando o verão... O calor no coração... Essa magia colorida... São coisas da vida...” (fragmentos da canção “uma noite e meia”, de Renato Rocketh). Imagino que realmente será difícil segurar os cariocas em isolamento social, neste verão sem praias!

Em seguida, saio do meu quarto para beber água, que neste período do ano, desde o começo do verão passado, apresenta forte odor e “sabor de terra” — provocados por uma substância chamada “geosmina”, produzida por cianobactérias que se proliferam nesta época do ano com a poluição dos mananciais que abastecem os reservatórios da CEDAE. Especialistas no assunto, através dos meios de comunicação, apontam a má gestão e a falta de investimentos do poder público no tratamento adequado da água para consumo.

Na sala, minha família assiste ao telejornal, com a última reportagem do dia apontando a ausência de resposta nestes últimos dois anos e nove meses para a pergunta que muitos lutam para não ser apagada: Quem mandou matar Marielle e Anderson? Subo de volta para o meu quarto e religo o computador, na expectativa pela resposta da equipe avaliadora do CEP sobre o projeto de pesquisa que elaborei, submetido ao sítio eletrônico “Plataforma Brasil”.

No horário combinado, digito o endereço eletrônico para acesso à sala virtual de reunião, e visualizo alguns rostos de pessoas já posicionadas, todas elas pessoas do sexo feminino: uma bem jovem, que parece administrar a sala, e três senhoras de idade mais avançada. Apenas duas das três senhoras conversam comigo, a outra, juntamente com a jovem, interage comigo somente por meio de sorrisos e expressões faciais. Sinto-me constrangido, um mal-estar me acomete, fico deslocado pelo fato de eu ser a única pessoa que não utiliza câmera, logo o pesquisador que apresenta um projeto a ser avaliado!

A realidade da pandemia nos pegou de surpresa, com todas as mudanças de hábito, de novos elementos que precisamos incorporar em nossas rotinas. Eu não possuo câmera, e sequer antes havia utilizado alguma em plataformas de comunicação. Na verdade, uma resistência enorme a tal ideia, uma sensação de ter minha intimidade invadida por olhares estranhos adentrando meu quarto. Precisei de um tempo para processar, assimilar toda essa nova realidade em minha vida, uma outra constituição subjetiva em vias de processo.

São inegáveis as alterações subjetivas advindas do aumento de conexões virtuais brindadas pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, a internet e demais máquinas concretas. Instauram-se outras espacialidades psíquicas, novas formas de ser e de se relacionar (HUR, 2019, p.56).

Iniciamos com as devidas apresentações, e aproveito o ensejo para justificar-me e pedir desculpas pela ausência do meu rosto na tela. Percebo, momentaneamente, alguns ares de insatisfação, descontentamentos expressos por

leves torções faciais, mas nada que comprometesse o canal de comunicação entre nós, transcorrendo em um diálogo permeado por relações de forças, sutis embates entre posicionamentos distintos. Ouçamos este jogral com todas as peripécias e artimanhas suscitadas:

Técnica 1: — Boa noite, pesquisador! Marcamos este encontro para darmos um retorno sobre o projeto submetido, antes que você receba a resposta por e-mail. Procuramos conversar com o pesquisador antes da resposta por e-mail, até mesmo para que possa se organizar com mais calma, e adequar o projeto, se for este mesmo o caso. Você fez um trabalho de pesquisa bibliográfica com os autores bem consistente, citou alguns autores no assunto, mas percebemos algumas fragilidades no seu projeto, principalmente em relação à metodologia. Os projetos que chegam para nós, na sua maioria, são projetos já desenvolvidos, em fases já bem adiantadas, geralmente com dados colhidos e apresentados. Você na metodologia não especifica onde de fato se dará a pesquisa! Você aponta o CAPS e o matriciamento realizado com as clínicas da família, mas não diz que clínicas são estas! Fala ainda sobre dispositivos da rede, que você pretende acompanhar os pacientes nestes dispositivos, mas não cita nenhum deles! Que pacientes são estes que você vai acompanhar? Seu projeto não tem nem critério de inclusão e exclusão! ... Está tudo muito confuso, e precisamos saber como e por onde será realizada esta pesquisa!

Pesquisador: — Bem... Meu objetivo é conhecer o potencial de cuidado que o encontro entre o CAPS e a ESF comporta no matriciamento em saúde mental... Eu me baseio pela metodologia da cartografia, retirada dos autores Deleuze e Guattari, e explanada no livro “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia”. Pela cartografia, não definimos, a priori, o objeto da pesquisa, ele vai se delineando mais nitidamente durante o percurso da pesquisa, e...

Técnica 1: — Não importa qual a metodologia que o pesquisador se baseia! Seja ela qual for, a apresentação do projeto precisa ficar clara! Eu conheço o que é matriciamento, nós aqui sabemos como é um matriciamento que se realiza na clínica da família! ... Você apresentou o termo de anuência com a assinatura física da diretora do CAPS, mas na folha de rosto não consta a assinatura da diretora do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade. A CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) não isenta as assinaturas nos documentos, mesmo no período da pandemia, como orienta a resolução de N° 580. Você conseguiu a assinatura da diretora do CAPS, mas, poderia ter apresentado a assinatura eletrônica da diretora do IP, já que a Universidade não está com as atividades presenciais... Você não apresenta as clínicas da família onde estão acontecendo os matriciamentos. Precisa especificar e apresentar os termos de anuência, da mesma maneira que fez com a diretora do CAPS.

Pesquisador: — Sobre a assinatura, o CEP da Universidade não exigiu a assinatura da diretora do IP, apenas sugeriu alterações no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)... Em relação aos espaços da pesquisa, o CAPS realiza o matriciamento a quatro clínicas da família, mas a ideia seria acompanhar este trabalho, de repente acompanhar o paciente no território... De repente ir com ele a um dispositivo cultural do território... De repente acompanhá-lo à clínica da família, se for o caso, e...

Técnica 2: — Não, não, pesquisador! Precisamos saber quais são esses lugares, mesmo que você não consiga apresentar agora, depois eles devem ser citados, e, inclusive você precisa apresentar a autorização dos diretores destes serviços. Quando a gente começa com uma pesquisa, nem tudo fica definido, mas nada impede que lá na frente possamos fazer mudanças, à medida que outras necessidades surjam durante a pesquisa, e se for o caso, anexar outros documentos.... O território onde você vai fazer sua pesquisa é de alto risco, e você vai esbarrar com a questão do tráfico! Nem

tudo você vai conseguir fazer nessa sua pesquisa! Não é em todo lugar que você vai conseguir entrar! ... Olha só! ... Na sua fala você já aponta algumas coisas: são quatro clínicas, mas de repente você vai precisar fazer um corte, escolher dentre estas quatro e limitar o foco na sua pesquisa! Não sabíamos que o CAPS realizava o matriciamento a quatro clínicas! Olha só quanta coisa! ... É preciso adaptar a linguagem ao público, e a cada situação! O projeto que você apresentou na Universidade foi em um determinado momento, agora ele está em avaliação no CEP, e depois se você for publicar, precisa se adaptar às normas da revista...

Pesquisador: — Então... É isso mesmo! Na verdade, peço uma orientação das senhoras pra adequar o projeto às exigências...

Técnica 1: Já que você mesmo citou o TCLE, vai precisar fazer novamente algumas alterações e colocar os dados deste CEP, do mesmo modo como você fez em relação ao CEP da Universidade. Admiro que a Universidade tenha deixado seguir adiante! Conversa com sua orientadora... Não sei como vocês trabalham... A impressão que me deu é que você estava numa pressa de ver o projeto aprovado e se livrar logo do CEP! .... Você cita pesquisa-intervenção, mas... A resolução de Nº 466 faz uma distinção entre pesquisa e trabalho de assistência a um serviço... Afinal, o que você vai fazer lá de fato? É uma pesquisa, é uma assistência aos serviços?... Como vai ser essa pesquisa? Por exemplo, sobre o matriciamento em saúde mental, considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica, como será isso? Acho que você precisa de um tempo pra amadurecer o projeto!

Pesquisador: — Olha! ... O que aconteceu mesmo, de fato, é que nem sempre o que está claro pra gente fica claro para os outros. Realmente é preciso adaptar e deixar claro para todos! ... Acho sim que preciso esclarecer alguns pontos, isso precisa aparecer na escrita, e vou conversar com minha orientadora e a diretora do CAPS. Agradeço pelas colocações das senhoras, e na verdade elas vêm contribuir, enriquecer a pesquisa... Espero poder adequar o projeto às exigências. Obrigado!

Após as despedidas, desligo o computador... Sinto um vazio enorme, proporcional ao tamanho da confiança depositada no trabalho de elaboração do projeto, e na expectativa pela liberação da pesquisa. A saída brusca do trabalho anterior deixou um buraco, e minha entrada em campo viria preencher essa lacuna em minha vida. Preciso de um tempo para me recompor! Talvez o prazo de um mês dado pelo CEP para adequar o projeto às exigências não seja o suficiente! ... Talvez eu não consiga! ... Talvez...

Um sentimento de medo me envolve, medo existencial de fracassar, de não conseguir responder ao desafio imposto, mas acredito que não estou sozinho nesta empreitada. Venho me aproximando de alguns aliados para me fortalecer nestas batalhas diárias contra algumas correntes que tentam nos tragar em processos de trabalho burocratizados. Processos que dificultam a emergência de outros modos de atuação nos cenários de produção da saúde, mais leves, pelos quais os aspectos subjetivos dos trabalhadores e usuários dos serviços poderiam encontrar canais de expressão mais fluidos.

No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários podem formar um campo energético, invisível, que

funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado em ato, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta de modo sumário, burocrático, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente há um aumento ou redução da potência de agir (FRANCO & MEHRY, 2013, p.155).

Todavia, não desconsidero em momento algum a importância e responsabilidade do CEP no processo de avaliação do projeto e no devido acompanhamento ao longo de todo o desenvolvimento da pesquisa. Concordo com as ponderações das técnicas sobre a necessidade de se adequar aos códigos, à linguagem mais adequada, de modo que a mensagem contida na redação do projeto, e, principalmente, as intenções com o ato de pesquisar, se tornem nítidas para todos os envolvidos com a pesquisa.

Dialogar com as diferentes perspectivas metodológicas e abordagens teóricas é uma necessidade ética a todo momento. Mas, afirmar-se como diferença — ao demarcar seu posicionamento, e fazer valer o reconhecimento pelo seu lugar de fala e atuação —, mesmo que não condizente com os paradigmas hegemônicos de produção do conhecimento, é para mim uma necessidade vital a todo instante!

Porém, percebi que — naquela situação vivenciada, no encontro com o CEP — apresentar-me como mestrando que se utiliza da cartografia como abordagem teórico-metodológica não seria profícuo. Construir uma identidade para um modo peculiar de realizar pesquisas e colar-me nela, não faria o projeto prosseguir, pois o ponto de entrave era: tornar visíveis as fases e procedimentos da pesquisa, conforme os códigos hegemônicos nos espaços de produções científicas, ajustar-me assim a estes ditames. Faço das palavras de Hur (2019, p.171) matéria de expressão para a minha própria voz, em um tom de crítica construtiva:

Já a ciência de Estado é o saber teomático, que cria padrões, normas e disciplinas que dão referências e imperativos ao pensar e fazer. É o conhecimento disciplinar e normalizador que busca prever para controlar, integrar e racionalizar, sobrecodificando as condutas e o viver com base na lógica das maiorias dominantes. É a ciência de potestas, de captura, rendimento e integração. Do outro lado, a ciência da máquina de guerra apreende os saberes problemáticos que afirmam as diferenças, desenvolvem questões, produzem novas demandas e acontecimentos, em vez de ter respostas e padrões fixos como fórmulas pressupostas sobre a vida. Abre-se para a incerteza e a indeterminação.

No encontro com o CEP, percebi-me entre dois planos<sup>10</sup>: um de imanência, repleto de possíveis; o outro, de organização, com seus imperativos e

---

<sup>10</sup> As pontuações aqui realizadas seguem os enunciados da pesquisa-intervenção, originária do movimento da Análise Institucional. Nesta modalidade de pesquisa o pesquisador coloca-se “entre” diversos planos que se interpenetram, e intervém, segundo Barros (2007), assume o sentido de

planejamentos a serem devidamente traçados. Precisei deslocar-me de um plano fluante das possibilidades, e com o plano de organização assentar as flutuações em formas visíveis, modos de expressão que me aproximassem de um ideal construído, daquilo que se espera como trabalho formalizado por um pesquisador acadêmico. No “entre” planos deu-se um processo de experimentações para fazer o projeto vingar, e foi necessário procurar alguns recursos, conectar-me a outras cenas e atores, vejamos:

Nos fins de tarde tenho o costume de sair para caminhar pelas ruas do bairro onde moro. Coloco minha máscara cirúrgica e saio. Exercício diário para evitar o sedentarismo, mas também uma higiene mental: atividade que me auxilia a organizar melhor meus pensamentos enquanto caminho, a perceber e a sentir a cidade mais viva.

Passo por uma rua muito especial para mim, rua que um dia me viu criança, e hoje vejo muitas crianças a brincar numa outra rua, a brincar com outra rua. Às vezes, elas quase me atropelam na calçada em tamanho alvoroço, descendo como um bando a invadir e carregar consigo todos os espaços que percorre; por breves instantes, eu, novamente me torno uma criança no meio deste bando, como um bloco compacto que me arrasta consigo<sup>11</sup>. Em tamanha agitação, também observo uma árvore ímpar, sossegada em seu canto, que sempre desperta a minha atenção quando passo:

---

“mediar, vir entre, pôr-se como intercessor” (Ibid., p.277): o pesquisador coloca-se entre indivíduos, grupos, coletivos e instituições para empreender novas produções de sentidos e outros modos de subjetivação na interação com os territórios. Rocha & Aguiar (2003) apontam que na pesquisa-intervenção radicaliza-se a interferência direta entre sujeito pesquisador e objeto da pesquisa, ambos coproduzidos pelos efeitos das práticas no percurso da pesquisa. As autoras demarcam o firme posicionamento que considera todo ato de pesquisar como um ato político, no sentido de ressaltar a responsabilidade do pesquisador frente aos efeitos produzidos com as suas práticas (Ibid., p.67).

<sup>11</sup> A alegoria aqui utilizada inspira-se na ideia proposta por Deleuze & Guattari (2012a) de “bloco-linha”. Os autores propõem uma distinção entre “lembranças de infância” (memória), e “bloco de infância” (bloco-linha). As lembranças reterritorializam, ou seja, nos remetem a pontos fixos, eventos experienciados e que são acessados pela memória no campo das representações, no plano de organização. O bloco-linha é desterritorializante, isto é, nos remete a movimentos que passam entre pontos, entre eventos e corpos, movimentos que se dão nas vizinhanças e arrastam consigo diversos elementos em novas composições, devindo outros estados e outros modos de vida no plano de imanência, das composições: “não mais a criança que fomos, que lembramos, mas a criança produzida, que coexiste conosco (Ibid., p.95-97)”. Pretendemos com a alegoria não apenas rememorar os eventos que se deram no passado, mas revivê-los no percurso dos relatos, para que assim possam se articular com as vivências dos leitores, devindo novas composições. Não propomos apenas Cronos, o tempo da racionalidade, da medida que fixa nossos corpos; mas também Aion, o tempo indefinido das pulsações flutuantes, das intensidades, velocidades, devires, agenciamentos de novas realidades possíveis (Ibid., p.51).

Figura 1



A presença desta árvore estilizada me inspira a dar novos sentidos para alguns desencontros, a pensar que, se em alguns momentos, estruturas rígidas nos são apresentadas, cabe a cada um de nós decidir reproduzi-las; ou, diferentemente, apropriar-se singularmente destas estruturas, em outros movimentos.

Estou a dizer o seguinte: se você se depara com o modelo estruturante “árvore-raiz”, se necessário, reinvente-o, encontre recursos para tornar a vida mais alegre, diversificada, mais leve. Era fundamental para a continuidade da pesquisa flexibilizar com as forças em campo — articular-me também com as diferenças, uma questão de alteridade —, possibilitando idas e voltas, desvios dos obstáculos em direções outras, como em um movimento rizomático.

A possibilidade de flexibilizar, de poder me reposicionar e ajustar-me às demandas, trabalhando com os múltiplos recursos que os territórios nos apresentam a cada momento, e procurando assim seguir adiante, foram aspectos preponderantes na escolha da cartografia como possibilidade de produção de conhecimento: “Como o pesquisador só pode inserir-se a partir de sua implicação, que remete também à sua capacidade de dessubjetivar, de ligar-se com alteridade, ele também possibilita que algo ocorra “entre”, catalisando agenciamentos.” (ROMAGNOLI, 2014, p.50).

Nesta perspectiva, articulo-me a Rolnik (1989), acompanhando as forças atuantes no encontro com o CEP, e com elas, começo a produção de uma máscara social, uma forma possível que me preserve frente ao risco da dissolução: a máscara do pesquisador acadêmico.

Ressalto que a máscara precisa ser provisória, para não incorrer no risco de grudar-se a ela, colar-se às identidades, como o poeta nos admoesta: “Quando quis tirar a máscara, estava pegada à cara.” (Fernando Pessoa); com perspicácia,

utilizar a máscara e descolar-se dela, quando necessário, abrindo-se para outras produções conforme as situações nos exigam.

Uma máscara que me sirva momentaneamente como “uma segunda pele, uma casca, uma cápsula protetora”, por cima deste meu rosto, ao qual ainda tanto me apego, e que me confere a ideia ilusória de uma identidade fixa e imutável. Rosto que é parte de um corpo em ação no mundo, território do corpo onde os fluxos muitas vezes desaceleram, produzindo máscaras-formas que se sucedem conforme às circunstâncias apresentadas, sem nunca perder de vista que o mais importante é: “Fazer a passagem e descobrir que atrás da máscara não há rosto, só necessidade de criar novas máscaras. Descobrir que atrás da máscara só há um tipo de força e de vontade: a de criar máscaras.” (ROLNIK, 1989, p.80).

Nos espaços de produção da saúde e de formação acadêmica, nos cenários de práticas, ocorre uma produção de subjetividades, que, por um lado, reproduz uma subjetividade-forma-majoritária, um modo sedimentar e dominante de ser e de atuar como pesquisador. Pode ocorrer, por outro lado, uma apropriação singular por parte do pesquisador dessas formas hegemônicas, ativando novos modos de subjetivação, em processos de singularização que o abram para outras vivências, permitindo ao pesquisador recriar-se para além das subjetividades cristalizadas que tentam nos capturar em modos de atuar dominantes:

Portanto, subjetivação refere-se ao processo, é a expressão instituinte, transformadora, magmática, insurgente e intensiva, ao passo que a subjetividade alude ao produto, é extensiva e assujeita o indivíduo, embora sempre instável e em movimento. A produção de subjetividade porta um processo paradoxal, duplo, que, de um lado, estratifica, e, de outro, desterritorializa, conjugando a estratificação ao movimento do devir (HUR, 2019, p.57).

O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (GUATTARI; ROLNIK, 2013, p.42).

Todo meu corpo, esse ente em ação no e com o mundo, precisou dobrar-se sob a ação de forças externas, forças que sobre mim incidiam no encontro com o CEP. Para fazer o projeto avançar, era necessário permitir que, as linhas que me atravessam e me compõem nos encontros com os territórios, pudessem realizar um movimento de curvatura sobre si mesmas.

Meu impulso inicial seria resistir, reagir impetuosamente, mas, procurei dobrar-me com as forças reativas que circulavam e que em mim também estavam,

para no processo de dobragem, posteriormente, desdobrar-me em outros possíveis, transmutando as forças reativas em forças ativas relançadas ao mundo.

Deleuze, ao conversar com a obra de Foucault, apresenta-nos uma outra ideia nos processos de subjetivação. Para o autor as subjetividades são forjadas não somente pela sujeição ao entrelaçamento das três modalidades de linhas antes apresentadas (duras, flexíveis e de fuga), mas também no movimento das linhas curvando-se sobre si mesmas.

Deste modo, as subjetividades emergem a partir da ação das forças externas incidindo sobre as linhas que nos compõem, e, principalmente, a partir da ação ativa destas linhas ao realizarem uma dobragem sobre si mesmas, produzindo novas subjetividades em processos contínuos. Reitero com os autores:

Dessa forma, a força reativa dobra-se e transmuta-se em ativa. É quando a dobra subjetiva passa à atividade, agenciando-se e constituindo outros acontecimentos. Dobrar a linha é o que produz a curva e o ser da subjetividade, por isso a dobra é o que constitui o processo de subjetivação. Nesse sentido, as linhas de subjetivação transpassam os estratos do saber e poder portando outras modalidades de afecção, uma abertura de potencialidades (HUR, 2019, p.52).

[...]. A segunda dobra é a da relação de forças, no seu sentido mais exato; pois é sempre segundo uma regra singular que a relação de forças é vergada para tornar-se relação consigo; certamente não é a mesma coisa quando a regra eficiente é natural, ou divina, ou racional, ou estética... [...]. (DELEUZE, 2013, p.111).

Hur (2019), tecendo fios com o pensamento de Deleuze, ainda aponta que na inflexão das linhas podem ocorrer novas dobras dentro de dobragens anteriores nos processos de subjetivação. Essas novas dobras, dentro de dobras anteriores, formam vacúolos, uma espécie de invaginação, que nos passam muitas vezes a impressão de espaços subjetivos, realidades psíquicas internalizadas, separadas do “mundo externo”.

Uma dinâmica que pode enganar nossos sentidos e nos aprisionar em dois polos, um “dentro” e um “fora” nos processos de subjetivação, passando-nos a ideia ilusória de subjetividades cindidas do meio externo, das produções materiais e sociais.

Na perspectiva esquizoanalítica, contudo, é por meio dos fluxos e intensidades nos territórios, dos diversos elementos heterogêneos que compõem os territórios, que as subjetividades se formam em processos contínuos e inacabados, portanto, inseparáveis dos movimentos do próprio território:

Constata-se que o ser não está cindido do mundo: ele é sua realização, sua atualização perspectiva das forças do fora. Dessa forma, a dobra que

produz o dentro é um duplo do fora que mantém uma relação de indissociabilidade, e não de oposição (HUR, 2019, p.54).

A partir destes encontros realizados com os pares, redijo todo o tópico referente à metodologia de pesquisa no projeto elaborado, atendendo assim às recomendações feitas pelas técnicas do CEP.

A redação que antes apresentava uma escrita fluida, procurando apontar a movimentação inicial no percurso da pesquisa, e a abertura a um campo de possíveis, passou a apresentar uma escrita truncada, delimitada por cortes e dividida entre vários subtópicos que se multiplicaram em sequências rigorosamente enumeradas: “5.0. Metodologia; 5.1. Campo da pesquisa; 5.2. Critério de inclusão e exclusão; 5.2.1. Critérios para os pacientes; 5.2.2. Critérios para os profissionais; 5.3. Coleta de dados; 5.3.1. Coleta de dados no CAPS; 5.3.2. Coleta de dados na Clínica da Família; 5.4. Análise dos dados; 5.5. Cuidados éticos.”<sup>12</sup>

Podemos com Deleuze & Guattari (2012b) observar ainda os distintos planos de atuação, ao criarem os conceitos de liso e estriado. O liso é o espaço sem demarcações que permite as forças e os fluxos deslizarem, traçando as linhas em contínuo movimento; o espaço estriado, é o espaço entrecortado, campo demarcado por fissuras, fendas onde as linhas moventes se sedimentam, em pontos fixos que paralisam os movimentos em territórios segmentados: “Ora, no espaço estriado, as linhas, os trajetos têm tendência a ficar subordinados aos pontos: vai de um ponto a outro. No liso, é o inverso: os pontos estão subordinados ao trajeto.” (DELEUZE & GUATTARI, 2012b, p.197).

De um lado, observo os movimentos contínuos da vida com suas imprevisibilidades, de outro, percebo as políticas de controle em territórios demarcados. As palavras dos autores estão a ressoar nestes embates, e fico impregnado delas:

Às vezes bastam movimentos, de velocidade ou de lentidão, para recriar um espaço liso. Evidentemente, os espaços lisos por si só não são liberadores. Mas é neles que a luta muda, se desloca, e que a vida reconstitui seus desafios, afronta novos obstáculos, inventa novos andamentos, modifica os

---

<sup>12</sup> O caractere “&” utilizado entre a numeração e a nomeação dos tópicos, fazendo alusão ao rizoma, como anteriormente apresentado, passa a assumir um outro sentido (DELEUZE & GUATTARI, 1995). Procuro ampliar o sentido dado a este mesmo caractere e ao trabalho apresentado, com outro conceito forjado pelos autores citados, concebendo-o como uma “máquina-de-guerra”: um movimento, uma escrita que avança, procurando escapar aos mecanismos de controle e de captura que tentam aprisionar a vida em normatizações e modelos padronizados, visando a ocupação dos espaços com a produção de diferenças, não a guerra como objeto, mas sim a transmutação da vida (DELEUZE & GUATTARI, 2012b).

adversários. Jamais acreditar que um espaço liso basta para nos salvar (DELEUZE & GUATTARI, 2012b, p.228).

Alguns dias depois, após recadastrar o projeto no sítio eletrônico “Plataforma Brasil”, com as devidas alterações feitas, entro no meu e-mail e vejo umas das últimas mensagens recebidas na caixa de entrada, contendo no campo referente ao assunto da mensagem o seguinte título: “avaliação do CEP, Plataforma Brasil”. Acesso a mensagem enviada, armazeno no meu computador o documento anexado, e leio ao lado de cada tópico respondido através do documento: aceito, aceito, aceito...

Penso comigo: Interessante! ... Respondi às exigências, o projeto foi finalmente liberado a partir de um trabalho exaustivo, mas continuo ainda sem saber de fato o que acontecerá nas próximas etapas da pesquisa, muito menos as avaliadoras! ... Continuo a pensar: a quem de fato, e a que interesses a intervenção do CEP responde?... Mas, talvez por ora seja o suficiente.

#### **1.4 &. Um corpo implicado: “Trânsito entre dois lados, de um lado, eu gosto de opostos, exponho meu modo, me mostro, eu canto para quem?...”**

Há ao longo da descrição dos acontecimentos a presença da análise da implicação, conceito caro ao movimento institucionalista e à pesquisa-intervenção enquanto produto deste movimento<sup>13</sup>. Seguindo Romagnoli (2014, p.49), utilizo-me deste conceito na perspectiva esquizoanalítica:

A implicação do pesquisador, por sua vez, é um dos mais valiosos dispositivos de trabalho no campo, pois é a partir de sua subjetividade que fluxos irrompem, agenciamentos ganham expressão, sentidos são dados, e algo é produzido. De fato, a implicação diz respeito ao próprio movimento da pesquisa que, nessa vertente, seria ligar-se com o “fora” das situações, agenciar.

Eu diria que a implicação do pesquisador se observa visivelmente pelo seu próprio corpo, território primeiro onde as subjetividades se encarnam e encontram expressão nas relações sociais, levantando, a todo momento, diversas questões que nos põem em movimento: De que modo nossos corpos

---

<sup>13</sup> Sugiro para o aprofundamento do assunto a leitura de: RODRIGUES, 2006.

compõem/decompõem com as forças e fluxos que nos atravessam<sup>14</sup>? Como as tensões afetam nossos corpos? Quais os sentidos atribuídos nestes processos de trabalho? O que pretendemos com nossas práticas? Aonde desejamos chegar? Com quem dialogamos? ... “Eu canto para quem?” ...

Rossi & Passos (2014) me ajudam a pensar sobre a questão do corpo no processo da pesquisa, trazendo o conceito de analisador forjado por Félix Guattari, a partir dos estudos químicos realizados por este autor, transpondo o conceito do domínio da Química para o entendimento das dinâmicas institucionais. Analisador seria o elemento que provoca nos compostos químicos quebra, ruptura, separações, permitindo uma visão mais nítida sobre os elementos heterogêneos que os compõem, viabilizando, portanto, uma análise dos compostos.

De maneira similar na dinâmica institucional qualquer evento passível de análise (materialidades, acontecimentos, discursos, posicionamentos), quando problematizados e discutidos, podem elucidar os fluxos e as forças conflitantes na interação entre os corpos, ativando processos de subjetivação e remoldando as práticas: “de um lado eu gosto de opostos, exponho meu modo, me mostro...”.

Penso que as subjetividades do pesquisador e dos participantes da pesquisa, seus corpos em interação com os territórios e com todos os diversos elementos heterogêneos que os compõem, têm a potência de deflagrar os conflitos e as tensões que perpassam os processos de trabalho. Os processos de subjetivação encarnados nos corpos são em si um excelente analisador para o entendimento das dinâmicas institucionais:

Da mesma forma que a química teve que começar a depurar misturas complexas para delas extrair matérias atômicas e moleculares homogêneas e, a partir delas, compor uma gama infinita de entidades químicas que não existiam anteriormente, a “extração” e a “separação” de subjetividades estéticas ou de objetos parciais, no sentido psicanalítico, tornam possíveis uma imensa complexificação da subjetividade, harmonias, polifonias, contrapontos, ritmos e orquestrações existenciais inéditos e inusitados (GUATTARI, 1992, p.30-31).

Por enquanto, parto para uma nova jornada, aberto a um campo de possíveis. Diante de meus olhos apenas uma visão: a imagem de um cavaleiro acoplado à sua máquina-cavalo. Ele e o cavalo, um devir a galopar por todo um

---

<sup>14</sup> Implicação, nesta perspectiva, não é “psicologização dos conflitos”, que ressaltam seus aspectos libidinais, mas sim a análise do lugar que se ocupa na dinâmica institucional, a partir do próprio corpo, lócus privilegiado da interação com os territórios. É interessante, por exemplo, observarmos a expressão popular utilizada diante de situações complexas e de enorme dificuldade, quando se diz: “Tirei meu corpo fora!”. Na pesquisa intervenção é o próprio ato de pesquisar que é problematizado, trazendo à tona os jogos de forças que permitem ou impedem a atuação do pesquisador em campo. Para um maior aprofundamento, sugiro: BARROS, 2007, p.228-235.

campo minado, veloz como um cometa, para além dos limites e das arestas traçados...

### **O cavaleiro**

Milton Nascimento e Wilson Lopes

Algo me dirá, desta história misteriosa nascerá  
 Não conheço essas paragens que clarão  
 Me carrega, me empurra, desconcerta a razão  
 Corro sem parar, nessas trilhas, sem controle, sem  
 lugar

Tudo ou nada me sussurra ao coração  
 Bate pedra, bate lua, bate chão  
 Vamos contra o sol  
 E o cavalo não respeita minha voz  
 É encanto, é magia, não sei não  
 É certeza que um vento louco atrás vem  
 Tarde de azul, mas o céu chorando  
 Galhos rebentando, que não machucam  
 Sensação que não conheço, sonho de amor  
 Algo me dirá, desta história misteriosa nascerá  
 Tudo ou nada, me sussurra ao coração  
 Um chamado desconcerta a razão  
 Ei, ei, ei, ei, ei...  
 Só sei que sinto a cor do seu olhar  
 Me deixo carregar por onde for  
 Me agarro na loucura da visão  
 Fantasia, alegria e pura maravilha!  
 Algo me dirá, dessa história misteriosa nascerá  
 Não conheço essas paragens que clarão  
 É o amor que me faz pleno o coração  
 Jogo o laço, pego o traço da paixão  
 Vivo a vida com o laço da paixão  
 Jogo o laço pego o traço da paixão  
 Ê, ê, ê, ê...

## 2 PLATÔ-CAMPO. & UM DEVIR-CUIDADO-MINORITÁRIO SE APRESENTANDO...

### 2.1 &. Um campo (território) vai se redesenhando: “Algo me dirá, dessa história misteriosa nascerá...”

Final de janeiro na Cidade do Rio de Janeiro, manhã de verão com sol escaldante e nenhuma nuvem no céu para nos fazer qualquer sombra. Ontem troquei mensagem por *WhatsApp* com Alfa, a diretora do CAPS onde irei dar prosseguimento à pesquisa com o matriciamento em saúde mental. Ela marcou encontro presencial comigo para daqui a pouco, às 10:00h, lá mesmo no serviço, para conversarmos sobre minha entrada em campo com a pesquisa.

Bate uma preguiça enorme diante de tanto calor, caminhar agora até o ponto de ônibus sob esta forte luz, e, que de certa forma, é como se me mostrasse o árduo caminho que daqui em diante precisarei percorrer. Meu corpo inteiro fervilhando em pensamentos e sensações que ainda não conheço muito bem, mas prossigo no trajeto, aberto aos encontros que estão por vir...

Imagens ainda vivas do trabalho anterior vêm simultaneamente como *flashes* na imaginação e me mobilizam, afectos<sup>15</sup> ganhando corpo em vias de expressão. Eu e as vozes de tantos outros, impregnadas em mim, “vamos adiante contra todo esse sol” que quase nos cega.

Máscara cirúrgica no rosto, álcool-gel na bolsa, utensílios indispensáveis e já incorporados à rotina, mas, quase no meio do caminho, retorno para passar o protetor solar, preciso mesmo salvar essa minha pele, tempo de vários cuidados necessários! Pelas calçadas do bairro onde moro, desvio dos inúmeros buracos, dos

---

<sup>15</sup> Aproprio-me do termo “affectos” retirado de Deleuze & Guattari (2012a; 2012b), em distinção aos sentimentos nomeáveis, que nos remetem às interioridades e às expressões (alegria, tristeza, raiva, amor). O termo Affectos é originário de afecção, referem-se às sensações muitas vezes desconhecidas, que a princípio não adquirem formas expressivas, são sensações vivenciadas a partir do contato com as multiplicidades e as intensidades exteriores (do fora) que nos atravessam e efetuam transmutações, em novos agenciamentos nos territórios subjetivos: “pois o affecto não é um sentimento pessoal, tampouco uma característica, ele é a efetuação de uma potência de matilha, que subleva e faz vacilar o eu” (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p.22); “Os affectos atravessam o corpo como flechas, são armas de guerra. Velocidade de desterritorialização do affecto.” (Idem, 2012b, p.18).

bueiros sem tampas, dos fios elétricos dependurados, e dos sacos de lixo arrebitados e esparramados pelo chão.

Alguns dizem que são resultados de furtos cometidos por “cracudos” para vender os fios de cobre e as tampas de ferro dos bueiros, outros dizem que se trata da ação de milicianos que, ao depredarem os cabos de transmissão, passam a controlar a transmissão digital na região. No ponto de ônibus há uma faixa pendurada com a seguinte mensagem: “Cuidado! Essa rua apresenta alto índice de assaltos!”.

Aproveito e puxo uma conversa com uma senhora no ponto sobre a faixa, que com seus olhos arregalados me diz: “É meu filho... Aqui nesse lugar todo cuidado é pouco!”. Começo a perceber que não apenas uma pesquisa implica em alguns riscos e possíveis prejuízos, mas, a vida no seu próprio curso, que desliza e cai como grãos de areia em uma ampulheta, já os comporta:

A iminência contínua da morte, sua perpétua pendência e a possibilidade de efetuação do risco e da ameaça que ela representa conferem à vida uma fragilidade quase constrangedora. A vida dura. E é frágil. Por isso o homem há de carregá-la em suas mãos com o zelo e a singeleza de quem manuseia delicadas peças da mais fina porcelana (COSTA, 2009, p.32).

Vivo diariamente numa “resistência carioca”, de persistente que somos, e transito por territórios de limites que nos fazem atentos. Necessário conhecê-los bem para a preservação da própria vida, essa nossa vida frágil, finita, mas com potencialidades que a princípio não se revelam plenamente, que no dizer de Rolnik (1989, p.54) seria “o caráter finito ilimitado da condição humana desejante”. Potencialidades descobertas dia a dia que nos levam a ultrapassar, às vezes quase de modo imperceptível, os inúmeros limites e obstáculos impostos.

O cuidado de que tanto falamos atualmente, por exemplo, pode ser uma dessas potencialidades em nós, da qual ainda não nos apropriamos de modo pleno. No entanto, seguimos cuidando da vida dentro do que nos é possível, muitas vezes sem nem nos darmos conta disso, em pequenos gestos e ações sutis.

Cuidamos por ser finita, talvez na tentativa de adiarmos ao máximo o encontro com o maior dos limites que a sua própria temporalidade nos impõe: o cuidado como uma realidade que vai se apresentando no cotidiano da vida... Cotidianamente, superamos a morte pelo cuidado, mas tão efêmero quanto a própria vida: talvez vida e cuidado sejam modelados a todo instante por nossas mãos, no mesmo barro.

O homem deseja manter-se vivo, preservando a sua vida. Por isso mesmo, sua vida se caracteriza pelo cuidado que toma para não perdê-la. Não há distinção entre um e outro. Pois, para ele, o seu desejo permanece com aquele que o possui enquanto viver. Só o possui na qualidade de cuidado porque o homem cuida de não morrer, isto é, empenha-se por aquilo que evita a sua morte, luta por aquilo que mantém o seu interesse mais radical. Nesse confronto, a arma primordial é o cuidado (COSTA, 2009, p.31).

O ônibus chega e prossigo a viagem cá com meus pensamentos. Entro e encontro-o vazio, aproveito para sentar-me ao lado da janela, abro-a para que o ar circule e o interior fique ventilado, e, por precaução, higienizo minhas mãos após tocar na maçaneta da janela e nas barras de apoio. Cuidado comigo mesmo, cuidado com todo um coletivo neste tempo de pandemia.

Já não vejo a mesma quantidade de pessoas nas ruas indo para o trabalho, muito menos vendedores ambulantes, — Ai que saudade daquele amendoim nas viagens de ônibus, ao voltar do trabalho para casa, e das conversas sobre os santos com a baiana em sua barraca de rua, entre um acarajé e outro! — mas, o aumento de estabelecimentos comerciais com suas portas fechadas é gritante, mesmo neste período de final de ano, quando a circulação no comércio costuma ser bem mais expressiva!

O motorista aproveita o trânsito livre, pisa no acelerador, o ônibus corre, eu corro com o ônibus, com o motorista e o vento insistente que bate em meu rosto. Imagens simultâneas são refletidas nas lentes dos meus óculos, de paisagens que igualmente correm pelos vidros das janelas e se revelam pela forte luz do dia, como fotos sucessivas e velozes. Fotos ligeiras, impressas sequencialmente nas lentes dos meus óculos, como na composição de um filme que passa e fica gravado na retina dos meus olhos.

Gosto de sentir o vento de encontro ao meu rosto, um alívio momentâneo que toma todo meu corpo, sensação de liberdade em poder imaginar, por uns instantes, que também posso correr pelos espaços de modo similar ao vento, em direções algumas vezes inesperadas.

Talvez eu possa ser como ele que, ao encontrar uma barreira pelo caminho, desvia e continua se expandindo: por que não dizer um “vento-rizoma”?! Caso eu não consiga ser, ao menos ele me inspira a prosseguir por essas trilhas arriscadas de muitos obstáculos. Mas, é fato que o vento se torna um frescor em meio a tanto calor e desconforto, torna o nosso labor diário mais suportável!

Eu, o motorista, o ônibus, o vento, as paisagens, acoplados uns aos outros como máquinas funcionando em engrenagens, ideias aqui furtadas de um

livro-máquina, como se ainda cá estivesse, conectado às minhas mãos através de leituras recentes: “O Anti-Édipo” (DELEUZE & GUATTARI, 2010).

Um agenciamento maquínico começa a operar, em distinção à ideia de uma mecânica que nos segmenta a vida em etapas e procedimentos, em partes divididas de uma pretensa totalidade: esta, fechada sobre si mesma e objeto de teorizações, passível de controle; aquele, ao contrário, extrapolando qualquer mecanismo de controle que tenta sobrecodificá-lo em teoremas e interpretações; portanto, modos bem distintos de funcionamento.

Uma máquina passa a funcionar conectada a uma multiplicidade de outras máquinas, pela ordem de um desejo produtor que as movimenta, e em fluxos que imprimem velocidade, qualquer que seja a função que elas desempenham; não por sistematizações e teoremas elaborados que pretendam representar e comprovar como o funcionamento se engendra.

A tese da esquizoanálise é simples: o desejo é máquina, síntese de máquinas, agenciamento maquínico — máquinas desejantes. O desejo é da ordem da produção; toda produção é ao mesmo tempo desejante e social (DELEUZE & GUATTARI, 2010, p.390).

A noção de máquina, apontada logo na primeira página de O Anti-Édipo, traz como primeira grande diferença com a noção de mecânica o fato de esta ser relativamente fechada sobre si, enquanto a máquina está necessariamente acoplada a outra máquina. De tal forma que uma máquina técnica, por exemplo, está em interação com uma máquina social, uma máquina comercial, uma máquina de consumo etc. (BARROS, 2007, p.201).

Nesse momento da viagem, há um combustível movendo as engrenagens em funcionamento, “combustível-máquina-canção”, uma canção nos meus ouvidos que se esparrama pelo ambiente e parece imprimir velocidade em mim e aos outros corpos-máquinas que comigo interagem, e assim vamos compondo os cenários que estão se formando: “O corpo, quando pensado no encontro, não é algo fechado, não se mostra totalizado, não possui uma identidade. Ele é espaço aberto, ele é feito de dobras, redobras e desdobras, de dentro e fora que também não se opõem, mas se interpenetram.” (BARROS, 2007, p.196).

Fecho os olhos em determinado momento dessa viagem e, pela força do desejo, sonho e ouço Elis Regina cantando a canção “O cavaleiro”<sup>16</sup>; abro os olhos e vejo, pela inspiração, as imagens do cavaleiro e do cavalo — ambos confundidos,

<sup>16</sup> A canção “O cavaleiro” foi composta e gravada pelo cantor e compositor Milton Nascimento, é a segunda faixa do álbum intitulado “Nascimento”, lançado em 1997, quatorze anos após o falecimento da cantora e intérprete Elis Regina, grandes amigos. A saudosa artista e a canção não se encontraram, mas no plano de consistência, no plano dos possíveis, de afectos em vias de expressão, a cantora e a canção coexistem, habitam em nós, podendo compor conosco outras realidades possíveis. Outra vez o tempo Aion, das pulsações e dos movimentos indefinidos que deslizam na superficialidade dos corpos (DELEUZE & GUATTARI, 2012a).

misturados em um mesmo movimento, uma máquina acoplada a outra, a galoparem velozmente por campos desconhecidos. Arrastam consigo diversos elementos e pistas que estão surgindo, em acontecimentos de uma história ainda por vir: “Não conheço estas paragens que clarão”.

O cavaleiro e o cavalo unem-se a nós (eu-motorista-ônibus-vento-paisagens-etc...), percorremos juntos novos espaços, deixo-me arrastar pelo próprio movimento, são muitos os fragmentos que se levantam ao longo do caminho, e que conosco seguem na mesma direção para se organizarem em outras paisagens. Um novo território vai se descortinando, não com a mesma velocidade com que nossos corpos interagem, territórios que se decompõem e recompõem, vão se transmutando conosco, paulatinamente.

Digo novo porque, tanto os territórios geográficos, físicos, quanto os territórios existenciais — espaços pelos quais nos constituímos subjetivamente nas e pelas relações sociais —, são passíveis de mudanças, transformações, se engendram em movimentos, ainda que imperceptíveis. O CAPS onde prossegurei com a pesquisa, localiza-se bem próximo à minha casa, da janela do meu quarto consigo avistar longinquamente suas instalações, obtendo, no entanto, uma visão ampla e nítida da região onde ele se localiza.

Entretanto, o meu contato com esta região não é de agora. No período da residência em saúde mental adquiri experiências com um outro serviço de atenção à saúde desta mesma região, numa época em que o CAPS existia apenas como um projeto a ser concretizado. A região é a mesma, mas eu já não sou mais o mesmo de antes, e o espaço tão menos, agora ocupado de um outro modo, portanto, um novo território.

Povoado por pensamentos, imagens e expectativas desta viagem, finalmente desço no ponto de ônibus próximo ao CAPS, e o ônibus prossegui seu itinerário sem mim. A escola pública e o viaduto permanecem no mesmo lugar, mas um outro serviço de saúde, que outrora também conheci na mesma região, está desativado, encontra-se de portas fechadas.

Uma enorme faixa negra de largas dimensões, nas grades ao redor da unidade desativada, é um vestígio da manifestação de ontem, realizada por moradores da localidade. Na faixa está escrita a reivindicação de um movimento: “Nenhum serviço de saúde a menos!”

A escola presente no mesmo local, agora impedi a visão das instalações onde o CAPS funciona, de todos os que passam pela avenida em frente. Há uma guarita da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) em frente ao prédio escolar, também desativada.

A presença da polícia nesta região é habitual: frequentemente viaturas circulam, e policiais armados revistam alguns dos transeuntes, quando não ocorrem operações de confronto com o narcotráfico, e brigas entre facções rivais que causam muitos transtornos em toda a região! Autocuidado por aqui passa a ser questão de sobrevivência. Por esses dias, fazendo minhas compras costumeiras no hortifruti do bairro onde moro, ouvia do amplificador do estabelecimento comercial uma canção que ilustra um pouco o que estou tentando lhe dizer:

**Cuide-se bem.**

Guilherme Arantes

Cuide-se bem! Perigos há por toda a parte.  
 E é bem delicado viver. De uma forma ou de outra.  
 É uma arte, como tudo. Cuide-se bem!  
 Tem mil surpresas à espreita  
 Em cada esquina mal iluminada.  
 Em cada rua estreita do mundo.  
 Pra nunca perder esse riso largo.  
 E essa simpatia estampada no rosto.  
 Cuide-se bem! Eu quero te ver com saúde.  
 E sempre de bom humor e de boa vontade com tudo.  
 Pra nunca perder esse riso largo.  
 Essa simpatia estampada no rosto.

É uma região consideravelmente ocupada por população em situação de rua, e agora vejo, como outrora, vários corpos cobertos, deitados ao chão em sono profundo, agrupados aos bandos. Alguns como sentinelas, sentados em caixotes de madeira, trocam poucas palavras, e outros, em menor número, mais próximos entre si, queimam suas pedras em copos descartáveis.

O calor do sol queima nossos corpos, chega quase a nos sublimar com o vapor que se eleva do asfalto, mas os corpos amontoados ao chão abrigam-se sob a sombra projetada pelo muro da quadra esportiva da escola pública esvaziada com o período de férias e com o contexto da pandemia, na sombra fogem de um imenso incômodo causado por todo este clima.

No ponto de ônibus, debaixo do viaduto, vejo uma mulher de meia idade com coque no cabelo, o corpo todo coberto em longo vestido monocromático, de cor rosa, ao lado de um homem, igualmente de meia idade, portando terno e gravata, e,

mais dois meninos à frente destes, ambos em trajes fino esporte, aparentando ter por volta de sete ou oito anos de idade.

A mulher segura um microfone com uma caixa de som ao lado, e grita exasperadamente ao microfone, enquanto na outra mão segura uma bíblia, causando certo espanto em alguns dos que estão no ponto de ônibus. Com suas crenças e mantras, parece querer expurgar a visão do mal diante de seus olhos: “Sai Exu Caveira, Tranca-Rua, Maria Padilha, Cigana, demônios, potências do inferno, sai, sai, sai!... Em nome de Jesus, é o fogo santo do Espírito!... Ô glória, ô glória, sai, sai, sai...Cai tudo agora, agora!...”.

Neste momento um vento “louco atrás” de mim vem e me empurra, sigo em frente atravessando o cenário desolador, mas os corpos ao chão permanecem impassíveis como pedras, em sono profundo, imóveis como o viaduto ao lado. Debaixo do viaduto, algumas oficinas para coleta de material reciclável seguem funcionando, e penso comigo: “a vida também precisa se reciclar...”.

O vento agita parte da cena: os plásticos dependurados nas barracas dos vendedores de rua, as folhas das amendoeiras, o vestido da religiosa, não permitindo-nos, de certo modo, pararmos em uma fotografia estagnada, de vidas cristalizadas. Nesse instante, procuro no céu a lua, na tentativa de romantizar, suavizar um pouco com suas marés a cena tão árida, mas desta vez não a encontro como de tantas outras; somente o grande astro a quase nos cegar em tanta luz, e este “vento louco a desconcertar qualquer princípio de razão” que venha a nos iluminar a mente: os corpos à sombra da escola resistem, desviam do poder do Estado que tenta nos ordenar.

#### **Fora da ordem**

Caetano Veloso

Vapor Barato, um mero serviçal do narcotráfico  
Foi encontrado na ruína de uma escola em construção  
Aqui, tudo parece que é ainda construção e já é ruína  
Tudo é menino e menina no olho da rua  
O asfalto, a ponte, o viaduto ganindo pra lua  
Nada continua...

Mas, na insistência, continuo caminhando com tantos outros... Torno-me mais um cavaleiro a galopar para além de mim mesmo, apenas tentando me articular com estes múltiplos elementos que surgem, todos produzindo tamanha sonoridade em mim: “bate pedra, bate lua, bate chão”. Há uma concretude muito presente entre os corpos que se apresentam e interagem nestas cenas, muitos se

debatem e produzem ecos que ressoam em alguns de nós, despertam a nossa atenção e nos fazem pensar.

A princípio, procuro não entender o que se processa, apesar de tanta curiosidade que as imagens contrastantes me suscitam, apenas me entrego ao próprio movimento de conexão com o fora, com o exterior, procurando adentrar no funcionamento das máquinas que entre si operam: escola, pedra/droga, bíblia, polícia, sol, CAPS, etc... Tento enxergar “Como isso funciona? Eis a única questão” (DELEUZE & GUATTARI, 2010, p.239).

O sujeito dessas experiências de conhecimento não é o sujeito puramente racional, afetivamente indiferente com relação a seu objeto de observação, que constitui o ideal de cientificismo da modernidade. Trata-se pelo contrário de um sujeito engajado, que se relaciona com seu “objeto” — na realidade outro sujeito — num processo no qual se integram a afetividade, a corporeidade, a fantasia e o pensamento dirigido (PLASTINO, 2009, p.65).

Tenho a impressão de estar sendo observado pelos que estão em vigília, próximos aos que estão deitados ao chão. Sinto-me desprotegido, uma sensação de adentrar em um campo arriscado, instável, com limites a serem respeitados. Revivo na pele, em meio a todo esse vapor que a inflama, a observação de uma professora no período da graduação em Psicologia.

Essa professora, na ocasião, coordenava uma pesquisa de iniciação científica sobre o matriciamento em saúde mental. Eu participava da pesquisa como bolsista acadêmico, e, alguns dias antes da entrada em campo com os colegas, ela nos disse em uma reunião, talvez com o intuito de abrir canais de expressão para atenuar nossas angústias: “— Quando a gente está em campo, nos sentimos muitas vezes desamparados, sentimos que perdemos a proteção das paredes da instituição!”.

Este desemparo agora se faz mais presente, torna-se aterrador: antes, eu adentrava o campo em grupo, com os demais colegas bolsistas como eu; agora, adentro um outro campo sem a presença física de alguém ao lado que me faça companhia, que possa ser um apoio concreto no momento. Uma sensação que, no entanto, não me paralisa, provavelmente por conhecer um pouco parte deste território em contatos anteriores.

Ainda assim, em meio a tantas inseguranças, me vem uma vontade enorme de sacar meu celular, tirar fotos para guardar comigo essas cenas que se apresentam. Sempre esse meu estranho desejo em querer congelar, paralisar os

movimentos da vida, minha pretensão em querer domá-la de alguma forma, mas não o faço por cuidados necessários a serem tomados.

Não convém que eu tire fotos de nenhuma pessoa sem o seu devido consentimento, seja qual for a intenção em jogo. Também não sei como o grupo receberia meu pedido, com o gesto de solicitar uma foto. Talvez pelo fato de eu ser estranho ao grupo, poderia se tornar algo invasivo: são pessoas no geral muito suspicazes, desconfiadas, algumas vivem à sombra, quase invisíveis. Chego a confabular comigo mesmo que o gesto poderia soar até agressivo para quem muitas vezes traz no corpo o estigma da violência.

Porém, todas essas minhas especulações podem encobrir preconceitos aprisionados ao campo das aparências, e de igual modo um sentimento de medo que nos paralisa, e nestes dois signos, preconceito e medo, tantas vezes nos escondemos, nos isolamos. Excessos de cuidados podem ser tão prejudiciais quanto a sua falta!

Contudo, chego a pensar que o cuidado pode, por outro lado, ser esse parar para refletir, ponderar, tentar perceber que efeitos uma ação dirigida a alguém, ou a um grupo, podem ser produzidos em suas vidas, e, principalmente, perceber de que modo nós mesmos nos colocamos nas relações, nos posicionamos nas interações com os demais.

Uma questão ética, de alteridade, ou seja, daquilo que está implicado na relação entre mim e tantos outros, e com isto nos responsabiliza: “[...] porque a ideia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum.” (AYRES, 2009, p.100).

Vou percebendo que o cuidado, um movimento que nos acompanha ao longo da nossa existência, nunca é a mesma ação empreendida em todo e qualquer espaço pelo qual circulamos, tão menos a cada momento e situações vivenciados.

Um movimento com duas dimensões imbricadas, ética e estética, respectivamente: na dimensão ética, daquilo que nos responsabiliza perante a vida e as necessidades de um outro que a nós se apresentam, e que nunca são as mesmas indistintamente; e, na dimensão estética, das práticas que são produzidas como resposta a estas mesmas necessidades a nós dirigidas:

Estar em movimento é condição sine qua non para que uma proposição prática qualquer realize seu propósito existencial. Mas para além dessa dimensão processual, a incorporação da necessidade mesma do

movimento no âmbito interno de uma proposição prática para a saúde, é de igual relevância para julgar seu sentido construtivo (AYRES, 2009, p.117).

O cuidado molda-se conosco em movimento, a partir das relações estabelecidas com os territórios geográficos e existenciais, subjetivos, através do próprio movimento de se relacionar com os vários outros. Esse moldar-se com o próprio cuidado, que se delinea através dos encontros intersubjetivos, exige de nossa parte flexibilidade, maleabilidade que de certa maneira nos preserva e vai nos tornando mais adaptáveis às exigências e desafios de cada novo contexto que se nos apresenta.

Ayres (2009) me ajuda a pensar, neste momento do percurso, ao apontar alguns dos aspectos presentes no movimento de cuidar, dentre eles: o cuidado enquanto um projeto existencial, de realização pessoal, um projeto de felicidade, “Cada um de nós compõe a sua história, e cada ser em si carrega o dom de ser capaz, e ser feliz...” (Almir Sater, fragmento da canção “Tocando em frente”); enquanto força propulsora e desejante nos encontros intersubjetivos que nos constituem; enquanto plasticidade que nos molda em diferentes formas, em possibilidades outras que nos transforma no próprio movimento, na intenção em cuidar e em também ser cuidado (AYRES, 2009, p.80, p.116-123).

Observo que o cuidado não pretende ser a mesma ação dirigida indiscriminadamente a toda e qualquer pessoa, e mesmo para cada pessoa ou grupo específicos, vai adquirindo múltiplas formas em fases distintas da vida, e em diferentes situações e contextos em que as pessoas se encontram.

O cuidado é modelado por nossas mãos, e nesta artesanaria vital vamos com ele nos remodelando, nos transformando e nos preservando ao longo da vida, e refazendo diariamente os projetos que empreendemos para nossas realizações pessoais. Utilizemo-nos das ideias do autor:

Não fosse plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência. Não haveria, porque não se teria concebido e criado o ser vivente, mas também porque não haveria a possibilidade de sua dissolução, de sua finitude, de sua contínua recriação (AYRES, 2009, p.45-46).

É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (AYRES, 2009, p.94).

Minhas intenções com o projeto de pesquisa anteriormente apresentado estão se moldando, ganham corpo neste momento do trajeto, passam a ficar mais

claras para mim mesmo neste ponto, e me impulsionam a partir das articulações realizadas com o autor mencionado. Preciso agora de uma pausa para desenhá-las, pô-las no papel, em meu diário de campo.

## **2.2 &. Objetivos com a pesquisa: “Jogo o laço, pego o traço da paixão. Vivo a vida com o laço da Paixão”**

Hooks (2013) com a expressão “paixão da experiência” me ajuda a corporificar algumas das intenções e objetivos com a pesquisa, a partir das experiências anteriores por mim vivenciadas com o trabalho de matriciamento em saúde mental.

A experiência da paixão, segundo a autora, consiste na construção do conhecimento que considera a paixão da lembrança por uma realidade vivida, englobando muitos sentimentos, “mas particularmente o sofrimento, pois existe um conhecimento particular que vem do sofrimento”, em corpos que são afetados e participam diretamente da produção do conhecimento (HOOKS, 2013, p.123-124).

Desejo conhecer como o cuidado tem se apresentado através do matriciamento em saúde mental, nos encontros realizados entre os profissionais deste CAPS em específico e os profissionais da ESF, realizado no território de abrangência do CAPS: Qual será o potencial de cuidado que estes encontros comportam?

Conhecer outras realidades se produzindo no campo da saúde mental, deslocar-me das experiências anteriores em novos encontros e outras composições possíveis de cuidado: De que modo os colegas, profissionais e usuários do SUS como eu, têm se colocado nos processos de trabalho com o matriciamento em saúde mental? Como nossos corpos irão compor, produzindo saúde com as forças em campo? Como os afectos que nos atravessam mobilizarão nossos corpos nestas produções?

Um colega do mestrado, outro dia, no nosso grupo de pesquisa, me ajudou a formular uma questão que pede algumas respostas: “O matriciamento em saúde mental funciona? Se não funciona, o quê impedi esse funcionamento?”.

Mas a pergunta que se forja, é: como o matriciamento em saúde mental tem funcionado na especificidade do CAPS e das equipes da CF onde a pesquisa se desenvolve? Uma pergunta que poderá apontar pistas para questões que permaneceram de experiências anteriores que tive com o matriciamento em saúde mental:

Como um trabalho que se propõe a estreitar o vínculo entre os serviços de saúde, na dinâmica de um cuidado compartilhado, na prática, os profissionais acabavam, tão somente, ordenando a direção dos casos de saúde mental conforme os fluxos determinados na rede?

Como um trabalho que se propõe a fortalecer a atuação das equipes de ESF, neutralizando a antiga lógica de fragmentação da saúde, com encaminhamentos precipitados, na prática acabava por reproduzir este mesmo procedimento?

Essas questões me trouxeram aqui porque em certos momentos, eu também não conseguia produzir desvios, de modo que o trabalho compartilhado com a ESF pudesse ampliar a capacidade de cuidado com a saúde mental de muitos dos casos, ali mesmo no espaço da clínica. Questões suscitadas em diálogo com Chiaverini (2011, p.13):

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Este projeto me mobiliza: uma necessidade de encontrar respostas com os colegas para dificuldades por mim anteriormente vivenciadas; outrossim, para eventuais impasses e tensões que eles estejam vivenciando, ou venham a vivenciar nos processos de trabalho com o matriciamento; porventura, para a realidade de tantos outros serviços de saúde que realizem o mesmo trabalho. Um compromisso ético comigo mesmo e com tantos outros, uma realização profissional e pessoal!

### 2.3 &. O percurso continua: um portão fechado, um serviço aberto na pandemia...

Continuo o trajeto, acessando o CAPS pela entrada ao lado esquerdo da escola. Inseguro, decido não seguir o acesso ao CAPS pelo lado do serviço de saúde desativado, localizado à direita da escola, retornando assim o caminho pela calçada da avenida principal para pegar o acesso ao lado esquerdo da escola.

Na entrada do caminho ao lado da escola, passo rente a um lava-jato organizado a céu aberto por rapazes muito jovens. Neste espaço improvisado, realizam não apenas a limpeza de automóveis, como também a manutenção mecânica das peças. Há uma grande circulação de rapazes com suas motocicletas, capacetes e celulares, um espaço predominantemente masculino.

Alguns encontram-se sentados em poltronas dispostas ao lado de uma construção simples, de apenas um compartimento, tosca, que somente na alvenaria parece inacabada. Acomodados nas poltronas parecem observar o caminho que dá acesso ao CAPS, e, na frente da construção, um cartaz feito com papelão e escrito à tinta de cor preta: “Deus é fiel!”.

Há um discurso religioso bastante presente no território, coexistindo com marcas da violência, observado através das colocações feitas por alguns dos atores/atrizes sociais que vivem e trabalham neste território:

Tá na bíblia, o evangélico prega essas coisas... Essa epidemia veio porque o ser humano tá demais! Se acham! Não olham pra mais ninguém! Se acham o máximo! Não há mais solidariedade! A gente que mora em comunidade convive com a morte diariamente, a morte é muito presente na comunidade. Como você acha que a gente vai mostrar aqui que esse vírus mata?! Aqui no território tem alto índice de tuberculose, apesar da saúde presente aqui! Alto índice de overdose entre jovens! Alto índice de sífilis! A morte é sempre presente! Você sabe o que é você acordar e saber que seu vizinho, a pessoa que você conheceu, virou cinzas?! ... Então, a epidemia veio para mostrar que o ser humano tá demais! Eu não entendo! Lá no INCA, no hospital do câncer, tá todo mundo: rico, pobre... Só sabe “mermo” o que é quem mora em comunidade! (Épsilon, em oficina terapêutica realizada no CAPS. Fala registrada em diário de campo).

Mais adiante percorro um campo aberto com alguns bancos dispostos, num deles um rapaz solitário fuma o seu baseado. Contudo, um espaço também ocupado por grupos de senhoras, que, pela manhã, realizam suas atividades físicas, e, no fim da tarde, crianças brincam, atravessando o espaço com suas bicicletas e

correndo com suas pipas, parecendo no movimento igualmente suspensas ao ar, como tantas vezes presencio.

Interessante perceber que, apesar de alguns elementos presentes no território, não se trata de um CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas), isto é, um serviço voltado especificamente aos cuidados com a realidade do consumo abusivo de substâncias psicoativas, e das questões prevalentes na relação dos usuários com essa realidade. Porém, procurei anteriormente conhecer um pouco o corpo técnico do CAPS, e constatei que muitos dos profissionais possuem vasta experiência com a clínica-AD.

Chego finalmente à entrada do CAPS e encontro o portão fechado, este encontro me traz Lancetti (2007, p.48). O autor utiliza a expressão “turbinar” os CAPS(s), que significa movimentar os CAPS e desburocratizar as relações, evitando a estagnação e o isolamento do serviço, conectando-o com a complexidade da vida. Aponta duas possibilidades para “turbinar” os CAPS (s), dizendo:

A primeira é a colocação, o reposicionamento ou o retorno ao seu sentido original: atender de portas abertas o que o hospital psiquiátrico atendia de portas fechadas. [...]. A segunda é considerar todas as ações de produção de saúde mental à luz do relacionamento com o programa de saúde da família.

Mesmo ciente do período pandêmico que atravessamos, sinto um incômodo, fico curioso em entender essa fachada frontal do serviço que se apresenta, procuro aos poucos averiguar. Acho sempre bastante curioso um CAPS funcionando com o portão fechado. Observo uma fila de pessoas ao lado do portão fechado, todas sentadas na mureta que delimita o vasto canteiro de plantas, muitas delas apoiando suas pastas sobre as pernas.

Um porteiro no espaço interno do serviço, sentado em sua cadeira, com os cotovelos apoiados na ampla mesa em frente, e seu busto timidamente inclinado para a mesa, me cumprimenta e pergunta sobre o motivo que me traz ao serviço. Apresento-me e informo que há um encontro agendado com Alfa, a diretora do serviço, neste horário.

O porteiro anuncia minha chegada e pede que eu aguarde aqui mesmo no espaço externo ao serviço. Enquanto ninguém comparece para me receber, pergunto em baixo tom sobre as pessoas que aguardam na fila da mureta, e este me diz: “— Elas estão aguardando atendimento aqui ao lado, a entrada é por aqui também. Vieram pra tentar vaga de emprego, num programa social que funciona aqui ao lado”.

De repente chega uma jovem, me cumprimenta, empurra o portão de correr para abri-lo, que na verdade não se encontrava fechado pelo cadeado, apenas encostado na parede, dizendo: “— Alfa pediu que você aguarde por aqui que ela já vem conversar contigo. Fique à vontade! Pode se sentar numa dessas cadeiras, esse é o espaço de convivência do CAPS.”. Observo as cadeiras dispostas, todas de costas para o portão de entrada e de frente para o espaço de convivência, porém, um pouco ansioso, prefiro transitar pelo espaço.

Um amplo espaço delimitado por duas paredes: à direita, a parede separa o espaço de convivência do espaço mais interno do CAPS, com passagem por meio de uma porta ampla de duas folhas, sempre aberta; à esquerda, a outra parede separa o espaço de convivência das instalações onde funciona o programa social para inserção no mercado de trabalho.

Neste mesmo espaço transitam: usuários do CAPS; familiares de alguns usuários; profissionais do serviço; eventualmente, profissionais de outros serviços; pessoas que chegam para acolhimento; e pessoas desempregadas a procura de emprego.

Nos fundos, há um amplo portão de correr, de ferro, tomando toda a parede, exatamente igual ao da entrada principal, mas que permanece sempre encostado na parede, aberto por alguns profissionais somente quando necessário. Próxima ao portão dos fundos, há uma mesa de totó para atividades lúdicas com alguns dos usuários do serviço; e, na parede à direita, pertencente às instalações do CAPS, duas portas, distantes uma da outra, dão acesso a uma sala bastante ampla, onde são realizadas oficinas terapêuticas.

A sala onde são realizadas as oficinas encontra-se aberta, mas não há nenhuma atividade acontecendo no momento. Poucos usuários circulam pelo espaço de convivência, enquanto alguns sentados aguardam a liberação da medicação. Vejo uma profissional que conheci de outro serviço no período da residência, trabalhamos juntos, está atendendo um paciente que apresenta pendências em relação à sua documentação. Eis que surge Alfa com a máscara cirúrgica encobrendo seus lábios, mas o sorriso estampado no olhar, nos cumprimentamos e me convida a acompanhá-la.

Paro por breve instante diante da porta de entrada do espaço mais interno do CAPS, vejo o nome do serviço escrito em uma placa confeccionada em mosaico, localizada logo acima da porta, elemento bastante presente nas fachadas de muitos

CAPS (s) — provavelmente confeccionada por usuários do serviço em oficina terapêutica de mosaico, atividade bastante comum nestes serviços.

A placa dispara em mim um *flash* da fachada do prédio onde trabalhei, com seu nome igualmente estampado em mosaico, mas procuro abandonar imediatamente a visão do trabalho anterior. Prossigo com Alfa por um largo corredor, no início há uma mesa espaçosa com computador para acessar as informações dos usuários inscritos no sistema informatizado, e cadastrar os dados dos novos usuários que chegam para acolhimento. Uma funcionária responsável por esta atividade no dia, posicionada na mesa, me cumprimenta. Alguns técnicos e poucos usuários transitam pelo corredor.

O largo corredor, logo adiante, se bifurca, prolongando-se à direita e à esquerda, formando uma espécie de ‘T’: exatamente onde à frente localiza-se o banheiro dos técnicos e a entrada do refeitório onde realizam suas refeições. Entre a porta do banheiro e a porta do refeitório há um lindo quadro pendurado na parede, retrato colorido de uma pessoa, com uma expressão facial que parece querer contar algo preciosíssimo para nós, algo que jamais poderá se apagar! Tenho a impressão de ser uma daquelas pessoas que têm muito a nos dizer, e bate uma vontade enorme de parar e conversar com ele!

À direita deste ponto de bifurcação, no final do corredor, uma ampla janela tomando toda a parede apresenta-nos a marca de um tiro que outrora atravessou o corredor: um furo com seus vários raios ao redor cortando toda a folha de vidro até às suas extremidades, como um sol escandaloso a nos alertar sempre, mas também a nos angustiar....

**Divino Maravilho**  
Caetano Veloso

Atenção, precisa ter olhos firmes  
Pra este sol, pra esta escuridão  
Atenção, tudo é perigoso  
Tudo é divino maravilho  
Atenção para o refrão, uau!  
É preciso estar atento e forte  
Não temos tempo de temer a morte...

Olhos e ouvidos atentos neste território para os sinais que estão emergindo, para as colocações de alguns que vivem e trabalham no território, marcadores sociais que apontam a realidade da violência presente no território, em conversas outras que agora já se apresentam e vêm atravessar meu encontro inicial com o CAPS:

A gente teve já profissionais que entrou e não conseguiu sair, é... Entrou pra fazer o matriciamento, o trabalho na comunidade, e aí quando estava lá, a comunidade foi fechada por uma grande operação, e muitos tiros, e fecharam a clínica... E a clínica, sabe?! ... E já aconteceu isso, não foi... Não foram poucas vezes, é... É um trabalho que é atravessado pela violência, sabe?!... (Ômega, em trecho de entrevista).

Você já esteve em CAPS que não é dentro de comunidade? Eu acho que é diferente! Aqui a questão da violência é muito presente e isso muda muito na saúde das pessoas que tão aqui... Por exemplo, duas pessoas, com histórias parecidas, a que mora fora de comunidade tem mais chances de encontrar mudança no quadro, encontrar um caminho, já a que vive na comunidade, com a questão da violência muito presente, é bem mais difícil... A violência mexe muito com a saúde da gente, com o adoecimento mesmo!... Eu mesma já presenciei um assassinato quando eu tinha dezesseis anos de idade, e isso, sabe, é muito difícil! ... Agora, eu acho que a violência aqui não muda muito não a forma do profissional atuar, eu acho que a pessoa vai ser a mesma aqui, como em qualquer outro lugar que ela trabalhar... (Sigma, em trecho de entrevista).

O corredor em “T” vai interligando as salas onde acontecem os atendimentos, e, no ponto de bifurcação diante do quadro, eu e Alfa viramos à esquerda e ainda, quase ao final, adentramos em uma sala espaçosa. Uma sala em forma de “L”, com amplas janelas, mesas e computadores ao redor. Uma mesa mais ampla, com várias cadeiras, localiza-se ao lado do armário de ferro com seus vários compartimentos, onde os técnicos guardam seus pertences lacrados com cadeado, e, ao fundo da sala, uma das janelas dá uma ampla visão para os fundos do serviço. Eu e Alfa sentamo-nos à ampla mesa, e iniciamos uma conversa<sup>17</sup>:

Pesquisador: — Oi, Alfa! Ufa!... Consegui chegar até aqui com o projeto... [risos]. Não foi fácil não, mas consegui responder às exigências do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa). Eles são bem rigorosos, eu não esperava tudo isso não, mas sabe que foi até bom! Acho que eu estava muito ambicioso querendo dá conta de todo o matriciamento realizado pelo CAPS, e aí acabei fazendo um corte como sugeriram, escolhendo a miniequipe Demanda...

Alfa: — Que bom, querido, que ajudou!... Foi como te falei, a equipe do CAPS é dividida em miniequipes, e cada uma delas se ocupa com um determinado território, com o matriciamento das clínicas que te falei. Acho que você fez uma boa escolha sim, você vai gostar muito dessa miniequipe! Os dois matriciadores são ótimos, confio no trabalho deles, eles fazem o trabalho acontecer mesmo! Inclusive vou te passar o contato de um deles, que tem uma experiência maravilhosa no campo da saúde mental, uma pessoa super articulada e que vai te passar muita coisa, super disponível! A outra matriciadora que tá junto com ele, é também muito boa, tem uma ótima parceria de trabalho com ele, e tava inclusive desenvolvendo um trabalho bacana nas oficinas, é uma psicóloga que trabalha na oficina também. Nesse momento, por conta da pandemia, os dois estão fazendo o matriciamento de modo remoto, *on line*.

Pesquisador: — Pois é... Essa pandemia horrível! A gente assim com máscara, álcool-gel... Estou sabendo que os serviços precisaram mesmo suspender as atividades coletivas, de grupos, eu ia até te perguntar sobre o movimento do serviço...

<sup>17</sup> A transcrição do diálogo a seguir se dá a partir de registros realizados em diário de campo, logo após o contato do pesquisador com os/as participantes da pesquisa.

Alfa: — Então, isso mesmo! Grupos e oficinas suspensos, e isso é chato porque vínhamos realizando um trabalho bem bacana nesse sentido. Agora a gente tá mesmo acolhendo no serviço aqueles pacientes que não tão nada bem, tão em crise e a família sozinha não tá dando conta. Mas você sabe que a pandemia também mostrou um outro lado pra gente?! A gente muitas vezes se acha, mas tem alguns pacientes que mesmo em crise a família tá conseguindo dar conta em casa, e nem quer que venham pro CAPS para não pegarem COVID, e outros tão bem, levando a vida... Assim... A pandemia tá mostrando umas surpresas pra gente, umas coisas bem interessantes! ...

Pesquisador: — Então, Alfa... Mais uma vez agradeço sua disponibilidade, sem sua abertura essa pesquisa não seria possível! Depois vou com calma conversar com a equipe, me apresentar na reunião, falar da proposta da pesquisa. A ideia é que não me vejam como aquela pessoa que vem pra só observar, apontar coisas, mas que eu seja mais um a tentar construir algo juntos... Afinal de contas, sou um profissional de saúde e sei das nossas dificuldades, estamos no mesmo barco!

Alfa: — Imagina, querido! Estamos aqui pra isso! Aos poucos você vai conhecendo melhor o serviço e qualquer coisa que você precisar, pode me procurar que a gente conversa.

Levantamos, mas antes das últimas despedidas, uma psicóloga da equipe procura por Alfa para pedir uma orientação. Há um usuário em crise, agitado, que deambula sem parar pelos fundos do serviço, de um lado a outro, podendo ser visto pela janela aos fundos da sala. A psicóloga parece em dúvida de como proceder nesta situação, qual a melhor decisão a ser tomada, mas Alfa diz:

Gente, eu já falei!... Ele vai quebrar de novo esses carros aí atrás, e vamos ter problema com os meninos daqui!...Aproveita que ainda tá cedo e chama a ambulância! Não quero ir lá, a coisa comigo é diferente! ... Da última vez entrei num corpo a corpo com ele que foi bem difícil!... (Alfa. Registro em diário de campo).

Eu me retiro da sala, e a psicóloga sai em seguida, parece acatar as recomendações de Alfa. No corredor encontro um educador físico e puxo uma breve conversa com ele. Partilho um pouco das minhas impressões iniciais com o serviço, pergunto pelo portão fechado e pelo movimento reduzido no espaço. Ainda assim, percebo uma tensão pairando no ar, não percebida antes, no momento da minha chegada ao CAPS, que talvez o manejo da crise tenha desencadeado. O educador físico me diz:

Pois é... Por conta da pandemia passamos a fechar o portão... Mas, também com a pandemia, vimos como tinha gente aqui até desnecessário, muitos grupos, muitas oficinas acontecendo e com muita gente, e hoje tão aí na vida e tão muito bem, sabe?!... (Tau. Registro em diário de campo).

Vou caminhando com o educador físico até a entrada principal do CAPS, o porteiro empurra o portão para que possamos passar. Despeço-me dele e do porteiro, pensando que, por meio dos elementos que estão surgindo, precisamos adentrar melhor no funcionamento do serviço para entender como esses elementos se relacionam com a dimensão do cuidado difundida pelos espaços da saúde: portão aberto, portão fechado; CAPS cheio, CAPS vazio; usuários no CAPS,

usuários “na vida”; crise em casa, crise no CAPS; ambulância; internação psiquiátrica; matriciamento em saúde mental, etc...

Penso ainda que esses elementos que cotidianamente surgem nos processos de trabalho verificados na rotina dos CAPS (s), e que eventualmente nos causam alguns incômodos, resgatam na verdade a história de um movimento inacabado que continua a nos convocar, a nos desacomodar diante dos impasses que tantas vezes se nos apresentam no campo da saúde mental.

Uma história de lutas e de engajamento de muitos atores que se uniram pela desconstrução de toda uma estrutura manicomial socialmente produzida — de uma lógica de isolamento e segregação, revestida arbitrariamente como “tratamento” —, que reduzia inúmeras vidas ao espaço recluso do manicômio. Uma história que nos possibilitou criar outras relações com a loucura, democratizar os territórios da clínica, e que, portanto, precisamos sempre resgatar.

Recapitulemos para que possamos perceber de onde partem alguns dos incômodos produzidos em muitos de nós, a partir de certos entraves ainda observados neste campo em constante movimento.

## **2.4 &. A Psiquiatria Democrática Italiana: um movimento singular**

Pouco mais de meio século se passou desde o início do processo de Desinstitucionalização (Desins) verificado na Itália, com a atuação do psiquiatra Franco Basaglia<sup>18</sup> e sua equipe, no hospital psiquiátrico da cidade italiana de Gorizia<sup>19</sup>, processo este denominado Psiquiatria Democrática Italiana<sup>20</sup>. Neste longo

---

<sup>18</sup> Nascido na cidade italiana de Veneza em 1924, e formado pela Universidade de Pádua. Psiquiatra e intelectual incomum, estudioso do Existencialismo, Fenomenologia e Sociologia. Deu impulso ao movimento de contestação da lógica excludente presente nas relações de violência nos manicômios, que posteriormente se convencionou chamar de Psiquiatria Democrática. Ver: BARROS, 1994a, p.58.

<sup>19</sup> “Cidade situada ao norte da Itália, na divisa com a ex-Iugoslávia.” (PASSOS, 2009, p.126).

<sup>20</sup> Vários foram os movimentos verificados (Psiquiatria de Setor, Comunidade Terapêutica, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria Preventiva, Antipsiquiatria, etc.) em diversas regiões do mundo que promoveram a abertura de outros modos de cuidado com o sofrimento psíquico, procurando romper com a estrutura manicomial de controle e de segregação. Para um aprofundamento recomendo a leitura de Amarante (2007). No entanto, este trabalho atém-se ao movimento da Psiquiatria Democrática, encontrando solo fértil no Brasil com o processo de redemocratização da nossa sociedade, a partir do final da década de 70 do século XX, levantando a questão: “Como as relações sociais vão se configurando de modo que os chamados “loucos” são encerrados nos espaços reclusos do manicômio?”.

tempo transcorrido, inúmeras foram as mudanças verificadas nos cenários da saúde mental, bem como foram múltiplas as atuações dos diversos atores/atrizes sociais envolvidos na transformação destes cenários e das práticas de atenção ao sofrimento psíquico.

A Desins promovida por Basaglia e sua equipe — de não confiar o louco apenas à Instituição-Psiquiatria — é uma experiência singular, pois — apesar de única, peculiar, não se confundindo com nenhuma outra até então verificada — continua, em um outro contexto, perpassando a rotina de inúmeros serviços de saúde mental e tecendo redes de afectos entre muitos atores/atrizes sociais: é única e são várias, é unicidade e multiplicidade simultaneamente.

Um movimento que continua em cada gesto nosso e em cada reflexão ao nos colocarmos frente à realidade do sofrimento psíquico, seja no desejo de viabilizar novas possibilidades ao acolher o fenômeno-existencial-loucura, rompendo com os limites das formas de tratamento pré-estabelecidas; seja no desejo de congelar as forças em movimento no campo da saúde mental, na tentativa de fixar formas imutáveis ao nos relacionarmos com a loucura.

Portanto, potência de vida e desejo de manicômio, de uma lógica de controle da vida, insistem e persistem em nós. Constatando esta realidade, Basaglia (2005, p.126) permanece levantando sua voz ao dizer-nos:

Analisemos então o mundo do terror, o mundo da violência, o mundo da exclusão: se não reconhecermos que esse mundo somos nós, pois somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as disposições e as organizações; se não reconhecermos que fazemos parte do mundo da ameaça e do abuso pelo qual o doente se sente assoberbado, não poderemos compreender que a crise do doente é a nossa crise.

As intensidades outrora presentes no movimento da Psiquiatria Democrática ainda ressoam em nós, na tentativa de superar uma lógica de domínio sobre as diferenças, lógica produzida com o conceito de doença mental e naturalizada pelo discurso científico em voga na época.

Discurso universalizado por meio de um percurso “natural” da doença mental, separando-a do fenômeno da loucura, isto é: de uma experiência única de sofrimento psíquico, em alguns casos, de excessos na vida, com todas as variações e particularidades influenciadas por todo um contexto social.

Um discurso e um modo de produção científica que atentaram somente para o signo “doença mental”, individualizando os corpos em formas padronizadas (diagnósticos generalizados e procedimentos protocolares), e desconsiderando o

signo “loucura”, com todos os seus movimentos inconstantes — frágeis ou mortíferos, em determinados momentos, mas com potência de criação, de reinvenção, em tantos outros.

Movimentos da loucura que tantas vezes resistem, escapam aos tentáculos de um poder que tentam capturar as diferenças e encerrá-las no espaço recluso do manicômio. Deste modo, Passos (2009, p.143), ao considerar o contexto em que emergiu a Desins Italiana, aponta:

A psiquiatria é, assim, assumida com todo seu peso secular de instituição que não só fornece à sociedade serviços e saberes especializados, mas que, ao fazê-lo, configura toda uma cultura da doença mental e de formas de relação, autoritária e estigmatizante, para com as pessoas submetidas ou com simples passagem pela instituição.

Por considerar exclusivamente o conceito de “doença mental”, a Psiquiatria justificou o isolamento do enfermo, pois, uma vez isolando-o das variáveis externas ao manicômio, das questões de ordem socioeconômica, pensou-se poder acompanhar e registrar o “curso natural” da doença mental substancializada nos corpos.

De igual modo, a Instituição Psiquiatria, seguindo o discurso científico, reforçou a pretensa neutralidade da Ciência, considerando o psiquiatra em separado, “neutro”, na relação com o doente, pretendendo assim ocupar-se única e exclusivamente com o objeto “natural” de seu estudo: a doença-mental.

O isolamento serviu para esconder as contradições sociais entre uma classe detentora dos meios de produção das riquezas e do conhecimento, e uma classe considerada improdutiva e incapaz para o trabalho, bem como, garantir o bom funcionamento das cidades, projetadas no afã da produção capitalística<sup>21</sup>.

A loucura passa a ser vista como entrave, uma ameaça ao funcionamento da ordem capitalística que visa à produção da riqueza, à expansão do capital, e à consolidação do trabalho como valor comungado por todos, imposto a todas as classes sociais através de produções de subjetividades que se adequem à ordem vigente. O manicômio, neste contexto, serviu como espaço de isolamento socioeconômico, como nos anuncia Basaglia (2005, p.47):

---

<sup>21</sup> Sobre o termo “capitalístico”, recomendo a leitura da nota de rodapé presente em: ROLNIK, 2018, p.103. Termo utilizado por Felix Guattari para designar que os modos de subjetivação verificados na cultura capitalista se submetem aos mesmos códigos de produção material do capital, pelos quais as subjetividades produzidas são sobre-codificadas, ou seja, seguem os fluxos e as mesmas normatizações e padronizações de uma produção em série, tal como qualquer outro produto que circula na lógica do mercado, das relações de troca.

É por esta razão que os manicômios surgem habitualmente na periferia das cidades, em zonas isoladas e cercadas por muros, que demarcam precisamente o sentido da separação, da fratura, do limite. [...]. Mas esta necessidade de dividir, de afastar o doente mental, expressa também o estado de debilidade e de amesquinhamento de uma sociedade que tende a eliminar o que perturba sua expansão, sem levar em conta a responsabilidade que também lhe cabe nesses processos.

Deste modo, o manicômio representou o local onde a razão exerceu toda sua influência, da qual nem mesmo o signo da loucura escapou ao seu alcance. O fenômeno existencial-loucura, de uma experiência radical e única na vida de um sujeito, passa a ser definido como a negatividade de um conceito que o determina, ou seja, a loucura passa a ser concebida como falta de “razão”, ausência de domínio e de controle”, reduzida assim à mera desrazão.

A loucura — circunscrita e definida pela razão — deverá exprimir-se segundo esse esquema interpretativo que lhe é estranho, ou seja, na linguagem da doença, que é a linguagem da racionalidade do poder, em que a subjetividade do louco, expressada no delírio, será definitivamente objetificada (BASAGLIA, 2005, p.265).

Concomitante ao afastamento e à ruptura das diversas instâncias da sociedade em relação ao manicômio — reforçados por um saber-poder produzido de modo arbitrário, ocultando interesses socioeconômicos — esteve presente a redução das inúmeras histórias encerradas ao espaço físico e subjetivo do manicômio, limitadas à categoria abstrata “doença-mental”.

O fato revela um total descomprometimento com a vida que é constante devir, de um ideal que busca congelar os movimentos, fixando-os em diagnósticos enquanto formas predeterminadas e sustentadas pelo paradigma dominante nas produções científicas da época.

Os diagnósticos psiquiátricos adquiriram um valor de categoria, no sentido que correspondem a um etiquetamento, além do qual não existe mais possibilidade de ação ou saída. [...]. Ou seja, o “cientista” assume uma espécie de passividade diante do fenômeno, que o conduz a resolvê-lo por meio de uma rotina técnica — claramente separada daquele — cuja finalidade parece ser discriminar entre aquilo que é normal e aquilo que não o é (BASAGLIA, 2005, p.62).

Franco Basaglia foi influenciado pela corrente filosófica denominada Existencialismo, ao procurar suspender o constructo teórico da Ciência e da nosografia<sup>22</sup> psiquiátrica. Esta corrente filosófica postula o caráter de total abertura da existência humana, considerando que a existência humana vai se constituindo a partir de escolhas, não havendo em si “nenhuma substância suscetível de ser determinada objetivamente” (FERRATER MORA, 2000, p.963).

<sup>22</sup> Campo da Medicina voltado para a descrição das doenças.

O Existencialismo opõe-se às correntes de pensamento essencialistas que consideram dados essenciais no ser humano, muitas vezes classificados com rigor sistemático que acabam por definir o ser humano e reduzi-lo a estes mesmos dados. No Existencialismo, a existência humana se faz como um projeto inacabado — um fluxo incessante de vivências, articulando-se com o mundo e suas constantes variações —, que sempre se atualiza a partir de escolhas feitas e decisões tomadas a cada momento e situação experienciados, vivenciados.

Nesta corrente de pensamento, a existência se encarna em modos-de-ser, pelos quais o ser-homem vai se constituindo permanentemente através das articulações com o mundo e das relações estabelecidas ao longo de toda a sua existência, em permanente abertura.

Basaglia (2005, p.39), deste modo, conclui que o sujeito “está condenado a se aceitar e a se escolher, se quiser ser livre. O que significa que ele está condenado — para do múltiplo, fazer-se um — a conviver com a ansiedade que de fato deriva dessa situação, sem recorrer a mecanismos que o protejam.”.

O Existencialismo não considera determinismos de nenhuma ordem na existência humana. A existência enquanto fluxo incessante de vivências extrapola qualquer categoria e classificação que ao tentar defini-la, acabe por reduzi-la, tal como constatamos: “recusar-se a reduzir o ser humano, sua personalidade, a uma entidade qualquer” (FERRATER MORA, 2000, p.963).

Basaglia, portanto, procurou suspender a categoria abstrata “doença mental” e sua “naturalização”, produzida através do discurso científico, empreendendo uma crítica radical às produções científicas em voga na época, que procuraram enquadrar as múltiplas existências em diagnósticos generalizados.

A Instituição-Psiquiatria de então se serviu de todo o aparato construído para capturar a subjetividade do louco, sua expressão sintomática e movimentos singulares, em diagnósticos que o amarraram ao território físico e subjetivo do manicômio.

Basaglia (2005, p.33) refutou esta posição do discurso científico, ao tomar a existência humana em sofrimento psíquico como um modo-de-ser possível no mundo, dentre vários outros, justificando assim o caráter múltiplo da existência humana: “serão as relações grupais, as terapias comunitárias, os clubes, as discussões de grupo para os quais se encaminha a agressividade do doente, que

criarão em torno dele um espaço nascido do seu mover-se, do seu viver com os outros.”.

Fundamentou-se no rigor do método fenomenológico, proposto pelo filósofo Edmund Husserl, de uma volta radical ao fenômeno, isto é, voltar-se novamente para os dados presentes na realidade tal como estes se revelam, justificando assim a palavra de ordem da Fenomenologia de Husserl: “Voltemos às próprias coisas!” (REALE, 2005, p.175).

A Fenomenologia com seu método, sua operação em ir aos dados de realidade, tais como se apresentam, propõe neste movimento uma postura de “suspensão”, que significa: pôr de lado nossas crenças, certezas, conceitos, tudo aquilo que temos como evidente — sejam eles sustentados por um constructo teórico sistematicamente produzido pela Ciência; sejam por meio de um juízo de valor tomado no senso comum — para que assim possamos retomar a experiência inicial com o fenômeno, no caso aqui abordado com o “fenômeno-existencial-loucura”.

Basaglia realiza esta operação em direção ao fenômeno-existencial-loucura, tal como ele se apresenta em seu modo típico no mundo, sem a intermediação dos saberes constituídos em torno do fenômeno apresentado, utilizando-se do principal método da Fenomenologia de Husserl, a epoché<sup>23</sup>.

Ao utilizar-se da epoché em seu trabalho, propõe o sentido inverso tomado até então pelo saber psiquiátrico, tendo em vista que: “A Psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença; para Basaglia, a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para que se tornasse possível se ocupar do sujeito em sua experiência.” (AMARANTE, 2003, p.55-56).

Deste modo, Basaglia por meio de uma atitude epistemológica<sup>24</sup> — de produção de conhecimento, isto é, de intenção em ocupar-se com o fenômeno-

---

<sup>23</sup> “É um termo grego que quer dizer “suspensão do consentimento”: suspensão do consentimento ou do juízo típico da atitude do ceticismo antigo e, particularmente, de Pirro. Dentro do pensamento contemporâneo, a epoché é um conceito fundamental da Fenomenologia de Husserl. A epoché é a suspensão, a colocação entre parênteses, das convicções científicas ou filosóficas, ou também das crenças do senso comum que não resistem à dúvida, que não são indubitáveis, que não exibem a marca da certeza incontestável. Tais ideias e crenças, atacáveis pela dúvida, são colocadas entre parênteses no sentido de que uma filosofia rigorosa não pode basear-se sobre elas. [...]” (REALE, 2005, p.183).

<sup>24</sup> Epistemologia: Do grego epistemé (conhecimento) e logia (estudo), o mesmo que teoria do conhecimento. Campo da Filosofia que se ocupa com os modos como apreendemos os dados da realidade.

existencial-loucura, o seu modo típico de se apresentar no mundo — procura suspender o conceito abstrato de doença mental, sustentado pela nosografia psiquiátrica, pondo de lado todo e qualquer juízo com o qual o conceito possa vir revestido<sup>25</sup>.

Propõe inversamente ocupar-se com uma experiência singular na vida de um sujeito, que é sempre para além de qualquer classificação que vise enquadrá-la, ou seja: “pôr “entre parênteses” a doença e o modo pelo qual ela foi classificada, para considerar o doente no desdobramento em modalidades humanas que — justamente enquanto tais — nos pareçam abordáveis.” (BASAGLIA, 2005, p.36).

Entretanto, Basaglia ao utilizar a epoché, ao pôr entre parênteses, ao suspender os conceitos e juízos construídos em torno do fenómeno-loucura, não nega, em hipótese alguma, a existência da doença na vida do sujeito, muitas vezes expressa em excessos, causando-lhe dor, impossibilidades e sofrimentos. Esta discussão se atualiza nos serviços, como veremos a seguir.

Pelo contrário, apenas põe de lado o constructo teórico “doença”, a ideia abstrata, propondo assim novos contatos, novas experiências com a realidade da doença socialmente produzida, realidade esta que igualmente considera. Busca, tão somente, não enquadrar a priori as múltiplas experiências em categorias abstratas e predeterminadas de diagnósticos que acabaram por configurar o chamado “duplo da doença mental”, sem desconsiderar a realidade da doença na vida do sujeito:

Assim, por “duplo da doença mental” é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber (AMARANTE, 1996, p.80-81).

Esta operação de suspensão da doença realizada por Basaglia, o mesmo autor ainda ratifica apontando que significa:

[...] não a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa à explicação oferecida pela Psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença (AMARANTE, 2003, p.56).

Nesta perspectiva, Barros (1994b, p.177) afirma que a Psiquiatria Democrática “radicalizou a separação entre os signos doença mental e loucura”, ocupando-se não somente com a doença enquanto entidade abstrata, um constructo

<sup>25</sup> Caso o leitor tenha interesse em aprofundar-se no assunto aqui abordado, sugiro acompanhar o trabalho minucioso de pesquisa empreendido por AMARANTE (1996, 2003, 2007).

teórico, mas principalmente com a doença encarnada em corpos que interagem no mundo.

Basaglia chamou atenção para o fato de que a Psiquiatria, ao atentar somente para o signo “doença-mental”, pôs entre parênteses, suspendeu a realidade do “fenômeno-existencial-loucura”, isto é: a vida e a existência do doente, e de toda a problemática social a partir da qual a doença se configura.

A Instituição-Psiquiatria acabou por sustentar a estrutura manicomial que reforçou a produção negativa da subjetividade do louco, no sentido de situá-lo somente no campo das impossibilidades, das fragilidades, negando sua potência de criação, de qualquer possibilidade de se reinventar de outros modos. Somos marcados por Basaglia (2005, p.124) ao anunciar:

O doente foi isolado e colocado entre parênteses pela Psiquiatria para que fosse possível nos dedicarmos à definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem precisar temer eventuais possibilidades de sermos desmentidos por uma realidade que já havíamos negado.

A Psiquiatria Democrática fomentou a discussão sobre a reclusão da loucura à estrutura manicomial, trazendo para o debate as diversas instituições e afirmando o trabalho de inúmeros atores/atrizes sociais envolvidos com os processos de desmonte da cultura da doença e da técnica que sustentou a existência dos manicômios.

Um movimento viabilizando novas produções de subjetividades que afirmam as diferenças e expressam o sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos, direito à cidadania, ocupando outros espaços possíveis na sociedade, na vida das cidades.

Basaglia e sua equipe continuam unindo nossos desejos enquanto potência de vida e de criação, por meio de um projeto em andamento, sempre atual e com o mesmo mandato: desmontar a estrutura manicomial, de uma lógica de controle, e neutralizar a cultura da doença e da técnica que sorrateiramente ainda se levantam e, em alguns casos, reduzem a complexidade e a amplitude da vida.

Permanecem trazendo toda a sociedade para o debate, problematizando as contradições sociais, os aspectos econômicos, políticos, culturais e históricos que forjam cotidianamente nossas práticas no campo da saúde mental. A Psiquiatria Democrática continua convocando e desacomodando os inúmeros atores/atrizes sociais desse nosso tempo tão desafiador, em intervenções que possam ampliar as possibilidades de cuidado com a realidade do sofrimento psíquico.

#### 2.4.1. &. Psiquiatria Democrática: o cuidado com a vida, retornando aos movimentos com os territórios...

A Psiquiatria Democrática com Basaglia e sua equipe, nome com o qual se convencionou chamar o movimento de Desins na Itália, é um processo de transformação da cultura da doença e da técnica, no dizer de Passos (2009, p.143) uma “reconversão material e simbólica” que, para além de visar à desconstrução da estrutura física manicomial, atentou primeiramente para a mudança dos “recursos existentes, principalmente os humanos — que são os técnicos e os próprios pacientes”, pensando “uma nova cultura do cuidado e do cuidar-se.”.

No plano da micropolítica, no plano das relações cotidianas que nos afetam, o movimento da Psiquiatria Democrática, iniciado em Gorizia e desdobrado na cidade de Trieste<sup>26</sup>, ainda se realiza em nós.

Entretanto, não se excluiu o fato de que o movimento, desde seu início, visasse também mudanças macropolíticas, ou seja, no plano molar de organização da vida com suas formas e instituições constituídas (Estado, Judiciário, Psiquiatria, Família, etc.). Pelo contrário, através das micropolíticas forçam-se no cotidiano movimentos moleculares que agitam e provocam transformações nas macropolíticas, nas formas delineadas no plano molar de organização<sup>27</sup>.

Através da problematização dos diagnósticos — com os quais congelam-se as forças em campo, capturando e encerrando os movimentos da vida no espaço rigidamente formatado do manicômio —, propõe-se acompanhar as forças e os embates entre as mesmas que forjaram as antigas formas cristalizadas de se relacionar com as inúmeras experiências dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Esta problematização visa liberar as forças em campo, para que assim possamos acompanhar os movimentos oscilantes da loucura, produzindo novas formas e outros modos possíveis de cuidado nas relações com o fenômeno-

---

<sup>26</sup> Passos (2009, p.130) nos diz que “a Psiquiatria Democrática se constitui formalmente em documento de fundação, em 1973, na cidade de Bolonha, a partir do grupo saído da experiência de Gorizia, que em grande parte migra para Trieste.”.

<sup>27</sup> Sobre molar/molecular sugiro retomar a explicação presente na página 38 deste trabalho, com as contribuições de: BARROS, 2007, p.205.

existencial-loucura. Nicácio (1989, p.96), considerando o movimento de Desins na Itália, pontua:

Não tinha como finalidade ser um novo modelo técnico, não se limitava à transformação do interior da instituição, mas, a partir dela, colocar praticamente em discussão a finalidade da existência do manicômio, a modalidade desta existência em relação à estrutura social e ao mesmo tempo destruindo e desmontando a estrutura para recompor as necessidades e possibilidades do sujeito enquanto tal.

A Psiquiatria Democrática não se limitou às transformações internas do manicômio, contestando primeiramente a dicotomia produzida: “sociedade e manicômio”. Rotelli (1990a, p.35) aponta que o movimento empreendido parte da própria estrutura interna da instituição, afirmando que a Desins Italiana “está baseada na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição para construir pedaço por pedaço as novas estruturas externas.”.

Ao partir do interior do manicômio, vai-se paulatinamente desmontando sua estrutura, sustentada por relações arbitrárias de poder, para que assim o movimento possa se expandir pelos territórios<sup>28</sup> por onde os sujeitos em sofrimento psíquico transitam, trazendo-os (sujeitos e territórios) para a elaboração de outros modos de cuidado, e, principalmente, considerando os mesmos sujeitos como agentes transformadores no seu próprio cuidado.

Procurou-se problematizar o modo como os territórios subjetivos se configuraram, sustentados por um poder arbitrário que perpassava as relações de dominação presentes não somente no espaço recluso do manicômio, mas em toda a sociedade:

Os anos subseqüentes ao trabalho de Gorizia produziram a consciência de não poder prosseguir — enquanto impossibilitados de deixar os muros do manicômio — no questionamento de uma instituição que já não era somente o manicômio nem a Psiquiatria como Ciência, mas tudo o que, partindo do “território”, repelia a doença e a confiava à Psiquiatria e ao manicômio. (ROTELLI, 1990a, p.242-243).

A Desins na Itália age contrapondo-se ao paradigma racionalista, de supremacia da razão ordenando o mundo. O Racionalismo<sup>29</sup> por sua vez

---

<sup>28</sup> Schechtman (2006) nos diz que o conceito de “território” foi apropriado pelo campo da saúde pública da Biologia (Zoologia, Etologia) e da Geografia (Geopolítica: território=poder). Em Brasil (2005) constatamos que: “O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, [...] incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O território é o lugar psicossocial do sujeito”. (Ibid., p.13).

<sup>29</sup> O Racionalismo é uma teoria filosófica que postula a supremacia da razão ordenando o mundo. Prioriza a razão, em detrimento dos sentidos, como única faculdade segura para o conhecimento do mundo. Essa corrente filosófica atingiu sua máxima com o filósofo René Descartes (1596-1650). (FERRATER MORA, 2000).

acompanhou posteriormente os pressupostos do Positivismo<sup>30</sup>, pelos quais, conhecendo-se os dados de realidade, passíveis de controle e observações, — no caso aqui abordado, da doença mental concebida como um dado “natural” de realidade — pretendeu-se o domínio sobre os sintomas apresentados pelos sujeitos em sofrimento psíquico.

A Psiquiatria Democrática visou superar ambas as correntes de pensamento que sustentaram a cultura da doença e da técnica, pela qual, dominando-se “o curso natural da doença”, pretendeu-se chegar à uma resposta “ideal”, “a solução-cura” para o transtorno apresentado.

Com o Positivismo como paradigma dominante, eliminaram-se, durante longo período, quaisquer outras possibilidades de intervenção que escapassem a esta lógica científica de controle. Uma lógica que serviu para camuflar, durante muitos anos no manicômio, os interesses políticos e socioeconômicos que promoveram práticas violentas e segregacionistas, arbitrariamente revestidas como “tratamento” da loucura.

A lógica de controle manicomial era reforçada pela ideologia vigente, propagada pela classe burguesa, como modelo de sustentação do desenvolvimento das sociedades e ordenamento das cidades: “ordem e progresso”. Deste modo, o movimento da Psiquiatria Democrática procurou neutralizar esta lógica de controle, tendo em vista que:

O primeiro passo nesta direção, ou seja, o primeiro passo da desinstitucionalização foi o de começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente estabelecida (ROTELLI, 1990a, p.28).

Atentar-se unicamente para o conceito abstrato de doença sustentou, durante muito tempo, a cultura da técnica e de terapias fundamentadas em ideologias racionalistas que — perseguindo as “causas primeiras” da doença, enquanto um curso natural, puramente orgânico — buscavam a “solução-cura”. Eliminou-se assim a reflexão sobre os aspectos históricos e sociais, e sobre os interesses que possibilitaram a emergência de tais práticas ditas “terapêuticas”.

Seguindo o caminho inverso, ao suspender a doença como um “curso natural”, independente e isolada dos aspectos sociais, a cultura da técnica enraizada

---

<sup>30</sup> Escola filosófica inaugurada pelo Filósofo Francês Auguste Comte (1798-1857) que concebe o predomínio da Ciência como única interpretação plausível para os fenômenos e as diversas relações observadas no mundo. Postula o desenvolvimento pleno das sociedades através do progresso da Ciência (Ibid.).

nos hospitais psiquiátricos passa a ser problematizada, questionada e reelaborada. A proposta de suspensão da doença como “dado natural” e de desmonte das soluções ideais, onde cada etapa do tratamento é previsível, e, portanto, facilmente controlável, exigiu dos profissionais um reposicionamento em suas práticas de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Esta atitude de desconstrução de uma cultura que com suas técnicas reforçam a pretensa neutralidade da Ciência, com métodos prefixados que desconsideram as singularidades<sup>31</sup>, forçou a todos atores/atrizes sociais a repensarem o próprio conceito de terapia, produzindo novos sentidos em relação às práticas terapêuticas nos espaços alternativos aos manicômios.

[...] a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTELLI, 1990a, p.28).

Houve no movimento da Psiquiatria Democrática um impulso no sentido de desacomodar a todos os/as atores/atrizes sociais, deslocando-os de uma posição dada no a priori, tirando-os de uma zona de conforto, do lugar de especialistas: de um lugar determinado no mundo da técnica que lhes garantia segurança ao manter a complexidade do fenômeno-existencial-loucura como objeto de controle em uma cultura de especializações. O movimento de certa forma forçou-nos a produzir novas modalidades terapêuticas e novas relações nos diversos territórios que se diferenciavam desta lógica de controle.

Atentou-se para o fato de que rompendo com o previsível no tratamento, o impensado pudesse emergir promovendo com, e através de todos os/as atores/atrizes sociais, possibilidades outras de cuidado e de relação com a loucura ainda não criadas, como nos aponta Amarante (1996, p.96): “É essa racionalidade que está sendo negada e superada por uma ideia de depois, do a posteriori, isto é, de um futuro que não está dado, mas que está sendo construído por experimentações prático-teóricas no cotidiano da instituição.”.

---

<sup>31</sup> O conceito de singularidade distingue-se do conceito de indivíduo: este se refere ao objeto do discurso científico localizado no tempo e no espaço, no caso da Psicologia, por meio de um psiquismo internalizado, encapsulado nos corpos; naquele, rompe-se com este mesmo objeto através de modos alternativos de subjetivação, produzidos em movimento no plano de imanência das forças, sendo constituídos por atravessamentos, potencialidades e devires.

Nesta perspectiva, as considerações de Barros (1994b) ao dizer que a Psiquiatria Democrática na Itália radicalizou a separação dos signos “doença” e “loucura”, ganha aqui seu real sentido:

A cultura da técnica, ao se ocupar exclusivamente com a doença, persegue no passado a “solução-cura”, considerando as causas primeiras do “curso natural” da doença; a Psiquiatria Democrática refuta esta posição desmontando todo o trajeto previsível, predeterminado com o ideal da “solução-cura”, ocupando-se com a loucura, com a pessoa em sofrimento psíquico — construindo com, e através de seus movimentos pelos territórios, um projeto de saúde que ainda não está dado, mas poderá ser produzido no presente e projetado para o futuro.

Portanto, podemos concluir que “o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.” (ROTELLI, 1990a, p.30).

Isto implica repensar igualmente o próprio conceito de saúde, considerando que não mais se convém conceber a saúde como um modelo ideal de vida a ser perseguido, uma ideia abstrata de normalidade, imposto a todos indistintamente; mas sim, produzida a partir da realidade e do contexto em que cada sujeito em sofrimento psíquico se encontra.

A saúde passa a ser produzida em movimento nos/com (os) territórios da existência, onde “o processo de desinstitucionalização torna-se reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde, de reprodução social do paciente.” (ROTELLI, 1990a, p.30).

Este mesmo autor nos chama a atenção para o fato de que a Psiquiatria Democrática reconstrói a complexidade do objeto do discurso científico, no caso, a doença mental, no sentido de remontar o percurso normatizado com a ideia de “tratamento” (ROTELLI, 1990a, p.28-29) para que, revelando a Instituição-Psiquiatria que produziu a subjetividade-forma-minoritária do louco, se pudesse transformar tanto a instituição produtora, quanto a subjetividade produzida.

Ou seja, produzimos tanto as subjetividades, quanto as instituições e os territórios geográficos para amarrá-las, e enquanto tal, nós podemos reverter esta dinâmica social, para que frases duras/infelizes não sejam mais ouvidas pelos territórios, não mais façam sentido de existirem, como: “lugar de maluco é no hospício”.

A Psiquiatria Democrática procurou desmanchar a subjetividade-forma-minoritária do louco, desatando as forças que a confeccionaram como em um nó, para que, ocupando-se com as singularidades, isto é, com o modo singular como cada sujeito se apropria e vivencia esta subjetividade socialmente produzida, novas relações sociais sejam possíveis frente ao fenômeno da loucura.

Portanto, não mais se procura reduzir e simplificar a complexidade das múltiplas existências em diagnósticos e “terapias” confinados ao espaço manicomial, para que:

[...] o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana. (ROTELLI, 1990b, p.94).

A desins na Itália exigiu de cada ator social um reposicionamento ético-estético-político<sup>32</sup>, propagando a ideia de cuidado com a vida no campo da saúde mental e promovendo a construção de redes de afectos que favoreçam a expansão da vida com toda sua potencialidade, em multiplicidades de formas: “não existe mais um mundo produtivo definido no qual estar, não existe mais uma saúde, mas existem mil.” (ROTELLI, 1990a, p.30).

Apesar de aparentar uma certa redundância, digamos que a Psiquiatria Democrática “democratizou” conceitos e dispositivos que antes eram apenas do domínio da Instituição-Psiquiatria, ao trazer as diversas instituições presentes na sociedade para o debate sobre os novos modos de se relacionar com a loucura.

Democratizou não apenas no sentido de se considerar o sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos e de deveres, de responsabilidades: direito a participar do seu próprio cuidado nos/com (os) territórios, mas igualmente implicando a todos os/as atores/atrizes sociais na dinâmica de construção/desconstrução da estrutura manicomial.

O movimento lançou um outro olhar sobre a loucura, repensando e promovendo as transformações dos conceitos e dispositivos institucionais, tendo em

---

<sup>32</sup> Segundo Aguiar e Rocha (2003): “Na perspectiva de Guatarri (1992), a Ética está referida ao exercício do pensamento que avalia situações e acontecimentos como potencializadores ou não de vida; a Estética traz a dimensão de criação, articulando os diferentes campos do pensamento, da ação e da sensibilidade, a Política implica a responsabilização frente aos efeitos produzidos, ou seja, sobre os sentidos que vão ganhando forma através das ações individuais e coletivas.” (Ibid., p.67).

vista a necessidade de se reinventar práticas que atendessem aos apelos de um novo tempo e contexto que se anunciavam.

Mostrou-nos as transformações no campo da saúde mental como um processo constante e inacabado que se reatualiza em nós, considerando-se que não mais convém tomar um único modelo de vida e de saúde a regular as práticas e as relações empreendidas nos espaços da saúde, cabendo a cada um de nós, portanto, reinventá-las conforme às necessidades e ao contexto ímpar deste nosso tempo.

## **2.5 &. Dois signos<sup>33</sup> distintos: tratamento e cuidado**

Dias depois do meu encontro inicial com o CAPS retorno ao serviço para mais um dia de trabalho com a pesquisa. Convido Eta, trabalhadora da saúde mental, para uma entrevista, com o objetivo de conhecer um pouco como as práticas de cuidado estão se dando através do trabalho de matriciamento em saúde mental.

Considero toda entrevista como um encontro entre duas ou mais pessoas, um acontecimento... Utilizo-me das entrevistas não apenas como coleta de dados no campo da pesquisa, mas como canais de expressão que ampliem a discussão sobre o assunto proposto, trazendo para a cena o jogo de forças e as múltiplas vozes presentes no campo.

Procuró intervir, colocar-me entre as forças e intensidades que atravessam a entrevista enquanto um acontecimento que vai se desdobrando, trazendo outros atores/autores com o objetivo de revisitarmos e ampliarmos o debate sobre as práticas de cuidado no campo da saúde mental.

Um campo atravessado por múltiplas vozes, campo polifônico, com posicionamentos distintos, que me leva a escutar as diferenças que encontro para

---

<sup>33</sup> Utilizo-me da noção de signo dada pelo filósofo Gilles Deleuze, explanada no trabalho de Cardoso Junior (2007). Nesta perspectiva o signo comporta em si materialidades e multiplicidades que nos forçam a pensar, a partir dos encontros que empreendemos com o mundo, uma nova noção que se distancia do dualismo significante-significado produzido com a Linguística, isto é, das representações e sentidos. Deleuze articula o conceito de signo com o desejo enquanto uma força produtora, um fluxo maquínico que produz a realidade material e social no plano de imanência. O signo passa a ser elemento que propicia a criação de novos mundos, outras realidades possíveis, por meio do próprio desejo que produz o socius, e não mero recurso de representação do mundo e das relações (Ibid., p.34-36).

ampliar a visão sobre o tema, para ampliar os sentidos e reinventar práticas de cuidado, caso se façam necessárias:

Não se trata, portanto, de construir novos posicionamentos que mantêm a reprodução de antigas oposições, mas de saber transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade, tendo como referencial não sistemas de pensamento, mas os acontecimentos que mobilizam a elaborar e a intervir (CZERESNIA, 2003, p.48).

Hoje, observo Eta na sala dos técnicos, no fim da manhã, sentada em frente ao computador, registrando suas atividades diárias, mas espero o momento oportuno para lembrar o convite anteriormente feito para uma entrevista. Saio da sala e minutos depois a encontro no espaço de convivência do CAPS. Reforço o convite e pergunto sobre sua disponibilidade.

Eta me diz que está bastante atribulada, mas que encontrará um tempo no expediente de trabalho, caso não consiga, coloca-se à disposição para uma entrevista *on line*, dispondo-se, ela mesma, a gravar e mandar-me a gravação. Penso, hesito, insisto, digo que preferia que a entrevista fosse presencial, pergunto sobre o melhor dia possível: “— Hoje à tarde o pessoal vai sair pra fazer um trabalho fora e a reunião foi desmarcada. Pode ser?”. Desmarco minha terapia agendada para hoje à tarde, e digo: “— Já é!” ...

Pesquisador: — Então Eta, eu tô te chamando aqui pra gente conversar um pouquinho sobre a saúde mental, né, e de repente você apontar coisas que são fundamentais quando a gente fala de saúde mental, tipo assim: olha, falar de saúde mental, a gente não pode deixar de falar disso, disso, e disso... Bora lá?!

Eta: — [...] Uma prática mudou, né... Uma prática de **cuidado** com a loucura, né, eu por exemplo sou uma pessoa que eu não suporto ouvir a palavra “**tratamento**”, né, que ninguém trata as pessoas, eu acho que ou você cuida, ou você não cuida das pessoas, né?!... Então, eu não sou uma... Eu, eu, sou de uma linha que determinados vocábulos chegam a ser ofensivos, no sentido do que é essa relação com o campo da saúde mental... Falar em, em sofrimento mental, né, é falar no desemprego, na falta de oportunidade a essas pessoas, né, é falar da, da falta de, de papel social, né, que foi tomado, e que muitas vezes não é, é assim... Dado de volta... É... Falar em saúde mental, né, falar no campo da saúde mental é falar na educação, e num tô falando somente na questão do acesso, desse acesso de inclusão ou não no sistema educacional, né, eu tô falando do, do acesso possível a essas pessoas em sofrimento mental, que precisa entender que é diferenciado sim, mas não dá pra ser marcado como algo da deficiência, sabe?! Que deve, deveria... Deve ser marcado por algo, por algo assim da inclusão, da educação possível, da saúde possível, do ser social possível, enfim... Falar em saúde mental pra mim é falar de uma, uma, de uma guerra constante entre, entre o dentro e o fora: dentro de um mundo que aprisiona, que é a loucura, né, e fora de uma sociedade também que contém a sua loucura, e que também aprisiona, mas, é... Tem um contexto entre loucura e normalidade, sofrimento mental, é... Grave, e o sofrimento comum que são fronteiras que pra mim precisam ser... Estar mais, estarem mais abertas, né, mais em diálogo, mais em constância, né, então eu acho que falar do trabalho em saúde mental é falar desses

desafios constantes no dia a dia, né... (Eta, em trecho de entrevista, grifo nosso).

Esse encontro com Eta me traz a possibilidade de pensar um pouco mais a respeito das práticas de atenção em saúde produzidas no campo da saúde mental, de me aproximar de outros atores/atrizes sociais para tentar acompanhar a relação entre os diversos elementos que estão surgindo por meio de uma conversa que está acontecendo...

Digo “acontecendo” porque considero que alguns encontros, e as conversas suscitadas através desses encontros, não se esgotam no momento quando ocorrem, não se encerram nos espaços onde foram iniciados. Pelo contrário, são encontros e conversas que contém a força de nos projetar adiante, para além dos limites que o tempo e o espaço nos impõem, uma entrevista a transcorrer...

Há potencialidades nesta entrevista, tento traçar uma linha que conecte os múltiplos pontos levantados por Eta em suas colocações, considerando que “Uma entrevista poderia ser simplesmente o traçado de um devir” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.3).

Uma linha que se entrelace com o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, anteriormente abordado, e com a realidade hoje produzida no campo da saúde mental; uma linha que não apenas interligue os pontos levantados, mas os carregue consigo, e transporte-nos consigo em um movimento permanente, viabilizando práticas de cuidado atentas às necessidades que atualmente estão se apresentando aos serviços de saúde, em múltiplos acontecimentos.

Para um melhor entendimento, esclareço que Eta é uma trabalhadora da saúde mental que antes de atuar no CAPS passou por alguns serviços de psiquiatria, trabalhando por longos períodos nestas unidades. Parece ter sido influenciada pelo impulso inicial de desmonte da estrutura manicomial que se contrapunha veementemente à cultura da doença e da técnica que reduzia a loucura aos espaços reclusos de “tratamento”, camuflando a face excludente e violenta do manicômio.

Precisamos contextualizar as colocações da entrevistada para não incorreremos no risco de uma leitura desatenta ao contexto social/político/econômico/cultural que viabilizou a Psiquiatria Democrática na Itália, influenciando no movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Contexto de uma época que possa ter marcado alguns dos posicionamentos da entrevistada ao longo da sua trajetória profissional e que eventualmente persistem em suas práticas.

Mas, principalmente, uma leitura que também não se restrinja a este contexto passado, transpondo os princípios da Reforma Psiquiátrica e integrando-os com a realidade social hoje produzida em nosso país, pois afinal de contas a própria entrevistada inicia nos apontando as mudanças decorridas ao longo do tempo, demarcando-nos a perspectiva do cuidado: “uma prática mudou, né... Uma prática de cuidado com a loucura...”.

São diversos os atores/atrizes sociais que contribuem com a discussão sobre a produção do cuidado enquanto práticas empreendidas no campo da saúde mental, dos quais podemos nos aproximar, proporcionando-nos uma maior apropriação das forças que a entrevista, enquanto um acontecimento singular, comporta. Uma discussão atravessada, muitas vezes, por posicionamentos conflitantes.

Elia (2005) nos lembra que, no momento inicial da Reforma Psiquiátrica no Brasil, considerou-se, por parte de alguns atores/atrizes sociais do movimento, apenas a realidade do sofrimento psíquico como mero efeito da exclusão social, histórica e política, exclusão que deveria ser combatida a todo custo — desconsiderando-se, por outro lado, a face da doença mental enquanto posicionamento de uma diferença radical no mundo, frente às relações sociais empreendidas.

Neste período, contestou-se o conceito de “doença-mental” e conseqüentemente a ideia de “tratamento” que no momento inicial da Reforma Psiquiátrica assumia, portanto, um caráter pejorativo. Passou-se a considerar a proposta do “cuidado”: com isto, demarcou-se de modo firme um outro modo de se ocupar com a loucura, visando à atenção integral à saúde do sujeito em sofrimento psíquico e à inclusão social da loucura como efeitos almejados de um processo em curso.

Entretanto, o autor nos aponta que este momento inicial, e até mesmo empolgante, passou, que precisamos integrar, na atualidade, estes dois aspectos presentes na realidade do sofrimento psíquico nos territórios da clínica de atenção psicossocial, ou seja, a realidade da doença e os atravessamentos sociais em campo em relação à realidade do sofrimento psíquico:

Na perspectiva da estrutura, a loucura não se reduz a mero efeito da exclusão social, ela se sustenta como um funcionamento próprio, irredutível a outros. Uma das conclusões a que podemos chegar é que a doença mental tem que ser reconhecida como tal, com sua positividade e com sua estrutura, que definem seu estatuto como fenômeno. Não se trata de mero

efeito de exclusão social, histórica e política. Paralelamente à queda do sonho do ideal de uma reabilitação sem tratamento, começaram a surgir perplexidades em vários níveis. As equipes perceberam que não adiantava mais praticar um cuidado desclínico, exclusivamente baseado na lógica da inclusão, que não era possível acolher sem tratar: foi preciso admitir a dimensão da clínica, foi preciso trabalhar sem medo de ser um clínico (ELIA, 2005, p.59).

Existem distintos posicionamentos entre os atores/atrizes do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil em relação à noção de “tratamento” e dos usos da “técnica”, uma temática permeada por muitas tensões e conflitos presentes em campo. A entrevista me faz recorrer a outros atores e aqui trazê-los para acompanhar esta distinção anteriormente demarcada entre os signos “tratamento e cuidado”, considerados no campo da saúde mental:

No final dos anos 1980 e início dos 90, trabalhamos com outros paradigmas relacionados com atenção aos portadores de transtornos mentais, substituindo intencionalmente a palavra “tratar”, que sempre pressupõe uma nomeação diagnóstica, por “cuidar”, termo mais adequado e que incorpora vários problemas a serem superados, [...]. (ALVES, 2006, p.171-172).

Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2009, p.64).

Os atores/autores visitados nos ajudam a pensar que o movimento da Reforma Psiquiátrica na atualidade contribui em nos apontar que a técnica pode e deve ser um instrumento necessário para o alívio de um sofrimento, mas, por princípios éticos, sempre subordinada às necessidades dos seus usuários; e não o contrário, ou seja, subordinar os usuários como meros objetos de uma intervenção que tão somente vise a comprovar a eficácia de uma técnica.

A técnica precisa estar a serviço dos usuários, e não o contrário, pois são estes que lhe conferem sentidos, a partir dos encontros intersubjetivos que ocorrem nos espaços da saúde.

Os atores/autores nos propõem ressignificarmos a técnica — todo corpo teórico e procedimentos clínicos produzidos com os diversos saberes e profissões coparticipantes no campo da saúde mental —, integrá-la ao modo singular com que cada usuário “caminha na vida”, com tudo aquilo que ele traz em sua história: potencialidades e fragilidades, recursos ou escassez.

Trata-se então de conjugar a técnica com a capacidade que os usuários têm de serem os protagonistas e agentes transformadores no seu próprio cuidado. Transitando entre as considerações dos diversos atores/atrizes com os quais

diálogo, percebo que a entrevistada e os autores visitados parecem divergir em relação à noção de “tratamento”, mas em seguida convergem ao considerar a dimensão do cuidado integral para além do tratamento. Consideram igualmente a realidade do sofrimento psíquico em sua integralidade: ocupando-se com a vida do usuário, e não apenas com sua expressão sintomática, com a realidade da doença.

Percebemos, através das pontuações da entrevistada, que a atenção em saúde na realidade do sofrimento psíquico passa a ser vista como um exercício de cidadania, isto é: de direitos conquistados mediante à militância de muitos atores/atrizes sociais; mas, ao mesmo tempo, um exercício que coloca os usuários dos serviços de saúde mental como protagonistas da cena e que os corresponsabiliza por sua própria vida e saúde, considerando o contexto social no qual se inserem e respeitando as possibilidades e limites presentes na particularidade de cada caso.

Aproximemo-nos de Desviat (2018, p.129, grifo nosso) para resgatar o impulso inicial de desmonte da estrutura manicomial, e atribuir novos sentidos para as técnicas hoje presentes nos territórios da clínica de atenção psicossocial:

A importância da cidadania está na pluralidade do processo de reforma, um campo heterogêneo que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico: obra de atores muito diferentes entre si. A apropriação pelo cidadão da gestão de sua vida e, portanto, de sua saúde, é a base de uma saúde mental comunitária que transcende a organização de serviços e de equipes ou modelos terapêuticos, incorporando o sujeito individual e coletivo nas tarefas relativas à saúde. Uma clínica do homem enquanto homem em um contexto de reapropriação da subjetividade; de cidadania e comunidade que fazem parte do processo, **colocando a técnica a seu serviço** perante o modelo biomédico linear e fragmentado.

O questionamento da cultura da doença e da técnica empreendido pela Psiquiatria Democrática e a atribuição de novos sentidos para os usos das técnicas na atualidade, se reatualizam nas considerações da entrevistada ao demarcar a distinção entre os signos “tratamento” e “cuidado”.

Assim como não se trata de dispensar as técnicas, mas de integrá-las à vida dos usuários, tal como se apresenta aos serviços, percebo que é a própria noção de “tratamento” que se amplia, deslocando-nos para a dimensão do “cuidado”, eu diria para uma postura, para a ética do cuidado que possibilita ocuparmo-nos com a complexidade da vida.

A entrevista me convida a pensar a dimensão do cuidado como algo distinto à noção de tratamento, ou seja: este pressupõe a assistência prestada a

uma pessoa que apresenta uma doença ou transtorno, e que demanda atendimento aos serviços de saúde, na maioria das intervenções visando unicamente à remissão dos sinais e sintomas reportados à equipe de saúde; aquele, supõe a atenção prestada a esta mesma pessoa, considerando não somente seu quadro clínico, sua expressão sintomática, mas procurando atentar para as necessidades apresentadas no contexto social em que vive, ocupando-se, deste modo, com as condições materiais, sociais e subjetivas que interferem no processo de adoecimento.

Considerando as colocações da entrevistada e as contribuições dos autores, em seus distintos posicionamentos, observo que a dimensão do cuidado parece não se configurar como oposto a noção de tratamento: o cuidado, conforme o entendimento dos atores/autores nos leva a ler, incluiria o tratamento, englobá-lo-ia em seu escopo para além do quadro clínico apresentado pelo paciente, numa dimensão que procura contextualizar os sinais e sintomas no modo singular de cada pessoa viver, no seu modo peculiar de andar e se expressar pela vida; e, nesta perspectiva, utilizar-se-ia a técnica em resposta ao sofrimento e às dificuldades apresentadas por uma pessoa em sua integralidade.

A entrevistada, em muitos aspectos, converge para o dizer de Passos (2009, p.143) quando a autora, outrora evocada, considera que a Psiquiatria Democrática promoveu “uma nova cultura do cuidado e do cuidar-se”, e das contribuições deixadas por Rotelli (1990a, p.33):

Depois de ter descartado a “solução cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.

A entrevistada e os autores nos convidam a perceber que a dimensão do cuidado no campo da saúde mental implica-nos em fazer valer os princípios presentes na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, entendendo-se princípios como: “Aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da Ética, da Filosofia, da Política e do Direito” (PAIM, 2009, p.56).

Considerando alguns dos pontos levantados na entrevista de Eta, destacados e comentados a seguir, gostaria de discorrer adiante sobre três princípios do SUS presentes na Lei 8.080/90: Integralidade; Autonomia; Universalidade de acesso.

### 2.4.1 &. Princípio de Integralidade

O princípio de integralidade nos orienta em nossas ações quando, por exemplo, percebemos que o pedido de ajuda, a necessidade de uma resposta ao sofrimento manifesto a um profissional ou equipe de saúde, não depende apenas da elaboração de um diagnóstico e da consequente utilização de procedimentos clínicos; depende, principalmente, do entendimento de que a doença manifesta é a confluência de múltiplos fatores expressa em corpos, por meio de um processo de adoecimento que muitas vezes se dá ao longo de toda uma existência.

Deste modo, as equipes precisam estar atentas à ampla gama de necessidades apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde, atentas aos fatores sociais, culturais, econômicos, que interferem na dinâmica saúde-doença, sem limitar a amplitude desta realidade a diagnósticos muitas vezes generalizados e a procedimentos clínicos em alguns casos desnecessários. A integralidade nos possibilita ampliar a visão sobre o fenômeno do adoecimento para além das formas constituídas, dos diagnósticos definidos e das técnicas predeterminadas:

Independentemente de seus múltiplos sentidos, integralidade tem a ver com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. [...]. Portanto, para produzir sucessos práticos, não basta identificar a doença e mobilizar os dispositivos técnicos que permitem seu controle. Há que se contextualizar esse sofrimento e as consequências da aplicação dos dispositivos técnicos no modo de andar a vida concreto do sujeito que sofre, ou que pode vir a sofrer em consequência da doença (MATTOS, 2009, p.778).

Parece haver consenso sobre a importância da assistência em saúde não levar em conta somente os fatores biológicos, mas incorporar a estes os condicionantes sociais do processo saúde-doença, bem como a subjetividade dos sujeitos, possibilitando, assim, uma produção de saúde integral mais efetiva (BRASIL/MS, 2012, p.33).

Um aspecto bastante relevante, e que merece comentário, é o fato do princípio de Integralidade nos apontar que a dimensão do cuidado não se limita a uma intervenção técnica pontual — a partir de uma necessidade apresentada, visando exclusivamente à remissão dos sinais e dos sintomas que geram desconforto e sofrimento às pessoas acometidas por uma doença ou transtorno —, mas, esta dimensão, configura-se como uma postura ética de comprometimento e acompanhamento de um processo, ocupando-se com uma vida em constante movimento.

Penso, com a colaboração dos diversos atores/atrizes sociais, que, por meio deste princípio, a distinção primordial entre “tratamento” e “cuidado”, no campo da saúde mental, seja:

O primeiro centra na negatividade do conceito “doença”, ou seja, naquilo que desvaloriza o sujeito, que o impedi muitas vezes de se movimentar na vida, localizando-o no campo das impossibilidades e restrições; O segundo nos descentra da negatividade deste conceito, entendendo que a manifestação da doença nos corpos que transitam pelos territórios da existência é resultado de uma dinâmica social, implicando-nos diretamente com a positividade do conceito amplo de “saúde”, isto é, saúde enquanto um bem a ser constantemente produzido por todos e dependente de múltiplos fatores que nos valoriza, nos fortalece na inventividade da vida.

Saúde passa a ser considerada não como ausência de doença, não mais considerada pela negatividade de um conceito que a definiria, mas, como constatamos na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, forjada em um contexto mais amplo, tendo por fatores:

[...] determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o acesso aos bens essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL/MS, 1990).

A constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao **sistema de tratamento** não é novidade. Oficialmente, contudo, é bem recente a formulação de um discurso sanitário que afirme a saúde em sua positividade. A conferência internacional sobre promoção de saúde, realizada em Ottawa (1986), postula a ideia de saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação (CZERESNIA, 2003, p.45-46, grifo nosso).

Portanto saúde passa a ser concebida como algo a ser constantemente produzido por todos, ampliando, alargando as possibilidades da pessoa ao longo da sua existência, contudo, incluindo-a na responsabilização pelo seu próprio cuidado. A integralidade do cuidado nos aponta que a saúde não é um bem dado a priori, mas sim algo a ser constantemente produzido coletivamente, numa promoção de saúde que nos convoca e nos corresponsabiliza neste processo.

Faz-se oportuno neste momento trazermos de volta um trecho da entrevista para observarmos alguns aspectos do princípio de Integralidade como, por exemplo, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade; a segunda, nitidamente presente nas considerações da entrevistada, ao apontar a importância da integração

entre outros setores da sociedade, que não somente a saúde, para a composição do cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico:

Falar em, em sofrimento mental, né, é falar no desemprego, na falta de oportunidade a essas pessoas, né, é falar da, da falta de, de papel social, né, que foi tomado, e que muitas vezes não é, é assim... Dado de volta... É... Falar em saúde mental, né, falar no campo da saúde mental é falar na educação, e num tô falando somente na questão do acesso, desse acesso de inclusão ou não no sistema educacional, né, eu tô falando do, do acesso possível a essas pessoas em sofrimento mental, que precisa entender que é diferenciado sim, mas não dá pra ser marcado como algo da deficiência, sabe?! Que deve, deveria... Deve ser marcado por algo, por algo assim da inclusão, da educação possível, da saúde possível, do ser social possível, enfim... (Eta, em trecho de entrevista selecionado).

Em Brasil/MS (2011, p.33-34) vemos que “o cuidado integral é a capacidade das equipes lidarem com a ampla gama de necessidades biopsicossociais” apresentada no cotidiano dos serviços, pressupondo o conceito amplo de saúde. Justifica-se, portanto, a necessidade de equipes interdisciplinares, da integração entre diversos saberes e profissões em uma direção de trabalho que viabilize a elaboração de algumas respostas frente às demandas que surgem para os serviços.

Outrossim, a necessidade permanente de um diálogo constante entre os diversos setores da sociedade visando à produção de um cuidado integral e mais efetivo na realidade do sofrimento psíquico, um cuidado para além do quadro clínico apresentado pelo usuário, que tantas vezes o reduz às intervenções técnicas, restritas aos espaços e estabelecimentos da saúde, de modo que: “As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial” (CZERESNIA, 2003, p.45).

Neste sentido, podemos observar no diálogo com os atores/autores que as ponderações da entrevistada conclamam a construção de um trabalho constante e compartilhado entre diversos setores, tecendo um cuidado integral na realidade do sofrimento psíquico, tal como aponta: educação, cultura, trabalho, geração de renda, política.

## 2.5.2 & Princípio de Autonomia

Autonomia é um dos princípios presentes na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, que regem as ações de cuidado com a saúde. Princípio fundamental que nos leva a pensar sobre as possibilidades e limites presentes nas relações sociais que os indivíduos e os grupos estabelecem entre si.

A palavra autonomia é composta pelos radicais “auto” (por si mesmo) e “nomos” (Lei), ou seja, é a capacidade dos indivíduos e dos grupos criarem e estabelecerem normas, gerindo suas próprias vidas e governando-as por si mesmos (KINOSHITA, 1996, p.57). Entretanto, o conceito de autonomia aqui considerado não se refere à “liberdade irrestrita” de uma autossuficiência, pelo contrário: nas sociedades modernas somos mais autônomos à medida que nos inserimos nas relações de troca, e participamos das redes de serviços e de comunicações (OLIVEIRA; MARTINS, 2006, p.133-134; KINOSHITA, 1996).

A autonomia seria regida por coeficientes, isto é, por “graus” de autonomia que variam conforme cada momento e contexto nos quais os indivíduos e grupos interagem, pois somos “mais” ou “menos” autônomos sempre, e na mesma proporção, no contato com os outros, na dependência que temos das relações sociais.

Em sua amplitude, o princípio da autonomia entrelaça educação e saúde como um processo contínuo de aprendizagem e desalienação que se condensa na restituição do estatuto da cidadania. Por conseguinte, nos hospitais e demais serviços de saúde, o doente deve estar consciente de sua doença e dos procedimentos a que vai se submeter para responsabilizar-se por eles, saindo da posição de objeto passivo para a de sujeito ativo. [...]. Portanto, ser autônomo é o oposto de ser individualista. É recuperar a práxis social como um campo de relações em que só nelas algo pode ser transformado, mudando os rumos do fenômeno humano (MERQUIOR, 2009, p.288-289).

O princípio de autonomia se efetiva nas práticas de cuidado quando as equipes apostam e investem na capacidade que os usuários dos serviços de saúde têm de se implicarem e se responsabilizarem com o seu próprio cuidado; quando as equipes permitem que os usuários participem da elaboração de estratégias de cuidado, dando espaço para criarem, por eles mesmos, regras que organizem suas vidas, encontrando com os usuários respostas para atenuar os conflitos e impasses vivenciados com o processo de adoecimento.

As observações de Eta me incentivaram a revisitar as considerações anteriormente feitas pelos/pelas autores/autoras sobre o princípio de autonomia, tão caro ao campo da saúde mental, abrindo-nos a novos entendimentos.

Em um segundo momento da entrevista, Eta nos faz perceber um outro sentido viável para este princípio, quando nos diz que a pessoa em sofrimento mental também é “guardiã”, capaz de guardar toda uma história de lutas e de conquistas e de zelar pelos direitos conquistados no campo da saúde mental:

Tem muito trabalho ainda, a ser feito, a ser construído, né, e também acho que não é só pelos trabalhadores não, pelo próprio usuário do serviço de saúde mental, ou seja, a própria pessoa em sofrimento mental, **ele também é guardião, né, ele também é um militante de um próprio caminho, sabe?! Acredito muito por aí...** (Eta em trecho de entrevista, grifo nosso).

A entrevistada aposta na capacidade da pessoa em sofrimento mental se posicionar nas relações sociopolíticas que configuram e sustentam as práticas de atenção em saúde, referindo-se à pessoa como “militante de um próprio caminho”.

### 2.5.3. &. Princípio de Universalidade de acesso

O princípio de Universalidade rege sobre o direito de acesso aos serviços de saúde conforme às necessidades dos usuários do SUS, sem discriminação de nenhuma ordem: classe social, etnia, cor da pele, gênero, orientação sexual, credo, etc... “Assim, o princípio da Universalidade supõe o direito à saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.” (BRASIL/MS, 1990; PAIM, 2009, p.56,).

Penso que a Universalidade de acesso se refere à relação dos usuários do SUS — no caso aqui abordado, dos sujeitos em sofrimento psíquico — com a ampla gama de serviços ofertados através do sistema supracitado, refere-se ao movimento dos usuários em direção aos serviços. A entrevistada, Eta, reitera a importância do acesso aos serviços, mas, principalmente, defende a elaboração de outros papéis sociais possíveis, de outros cenários e de relações sociais que de fato acolham as diferenças.

Ela ressalta com delicadeza, apontando a importância do acesso a outros setores da sociedade para além dos espaços da saúde, mas que seja um acesso “possível” para os sujeitos em sofrimento psíquico, ou seja:

Pensar que em alguns casos estes sujeitos singulares não vão conseguir se ajustar às exigências dos serviços, às normas e regras colocadas, fazendo-se necessário, para o devido acolhimento a estas diferenças, que, em algumas

situações, os serviços de saúde e os demais setores da sociedade se adequem à realidade deste público específico, aos seus movimentos singulares, de modo que as relações dos profissionais com os usuários se flexibilizem e não se tornem barreira de acesso aos serviços ofertados.

Para observar como o princípio de Universalidade de acesso tem se encarnado em nossas práticas, gostaria de retomar o momento inicial de contato com o CAPS, ao encontrá-lo funcionando com o “portão fechado”, momento que nos trouxe até aqui, quando tentamos compreender de onde partem os incômodos provocados em alguns de nós ao verificarmos a paisagem que a nós se apresentou.

Resgatamos o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, percebendo, portanto, que estes incômodos partem de uma história, um movimento que se propaga como produto de lutas e de transformações.

Procuro conhecer, com alguns da equipe do CAPS, quais os sentidos atribuídos por esses trabalhadores e os efeitos produzidos no cotidiano do serviço com o “portão fechado”. Averiguar se há alguma relação direta entre o “portão fechado”, no momento inicial da pandemia, e o princípio de Universalidade de acesso:

Pensar até que ponto o portão fechado é uma restrição, visando ao cuidado integral com os trabalhadores, com os usuários e toda a população, e até que ponto ele pode ser uma barreira de acesso aos usuários de um serviço de saúde mental, aos casos mais complexos; pensar também como estas duas facetas podem estar imbricadas.

Ouçamos as colocações dos profissionais:

Pesquisador: — Eu não sei o que aconteceu que quando eu cheguei aqui, no início da pesquisa, com minha entrada em campo, que quando eu vejo o portão fechado, eu senti um incômodo, aquilo me incomodou!... Mesmo sabendo que estamos no momento da pandemia!... Como foi isso pra você? Você sentiu esse incômodo? Isso foi uma questão pra você?

Gama: — Tipo... Eu sempre aprendi que CAPS é porta aberta... Então eu acho que o CAPS é porta aberta, é... Teve a questão do do... Desse fechamento do portão que foi uma questão pra equipe, não foi uma coisa é... Coletiva, né?... Mas foi uma coisa que foi necessária no período, mas que no decorrer do tempo a gente entendeu que não era o caminho, né?... Tanto que a gente abre os portões, né?... Mas por um período foi dessa forma que a gente funcionou, né?... Eu, que... O período da pandemia foi um período de aprendizado, né, foi uma situação nova... Uma situação, uma situação diferente que a gente nunca tinha passado, então a gente foi se reinventando... Assim... Ao longo, né?... Eu acho que a gente aprendeu a lidar com nossos medos, com as nossas angústias... [...]. (Gama, em trecho de entrevista).

Teta: — Olha, eu fiquei mal com essa história. Eu fiquei mal mesmo com esse portão fechado! Eu atendia as pessoas que vinham e liberava a

medicação pelas grades. Era difícil! Poxa! As pessoas que vêm aqui às vezes tão com dificuldade mesmo financeira, e vem até a pé! Chega aqui, às vezes a pessoa precisa falar alguma coisa, principalmente até nessa pandemia, pode ter acontecido alguma coisa com a família, e você só libera a receita, a medicação pra três meses?! Pera aí!... A gente não pode atender na pandemia?! Mas a gente não tem ferramentas pra trabalhar?! “Máscara, álcool-gel, capô” ... Se uma pessoa vem aqui pedindo atendimento e encontra o portão fechado, eu vou entender, se fosse comigo, que os profissionais não querem me atender... (Teta, em trecho de entrevista).

Ômega: — Então, eu vi o portão fechado como um protocolo necessário naquele momento. Entendeu? Não, não me afetou, é... Outra situação porque ainda dentro disso a gente tinha situações que mesmo sabendo que não podia ficar, aquele paciente tinha demanda de estar aqui, que aquele portão fechado não implicava pra aquele paciente o impacto de “estar fechado e eu vou ter que ir embora pra casa”, esse vinha e ficava, que era o Pedro, a Maria e o João... [...]. O paciente permanecia na convivência, a gente mantinha a convivência ali fora e dependendo do paciente, da demanda do paciente, é... A gente às vezes conseguia usar uma sala aberta com computador, ou uma escuta diferenciada, ou a gente montou as mesas ali fora, e os psicólogos ou as pessoas que atendiam no individual faziam esses atendimentos. (Ômega em trecho de entrevista).

Beta: — No CAPS pra mim não cabe portão fechado, num tem sentido! A gente saiu aí de uma luta de trinta e cinco anos intensamente pra abrir portas, e... Vem pra comunidade então pra viver de porta fechada?! Isso, isso é coisa que num cabe... É... Eu também passei por esse processo de estranhamento, né, eu também fiquei, fiquei muito assustada, até confesso a você, muito, muito assustada, é, eu também com a ...[...]. Então isso me assustou imensamente, isto também me assustou imensamente, né, pô, a gente passou trinta anos abrindo os portões, e justamente no dispositivo que representa toda essa possibilidade de circulação da pessoa em sofrimento mental, né, que não é mais o louco, né, porque uma, porque em porta fechada, né, né, o louco estava... Em porta fechada o louco está... Agora vai trancar também o... A pessoa em sofrimento mental grave, também vai ficar trancada porque não é possível circular?! Então isso me estranhou profundamente, né... E que bom que no estranhamento a gente pôde reabrir, né, reabrir!... [...] (Beta em trecho de entrevista).

Uma mesma pergunta suscitando diferentes respostas, respostas que refletem os aspectos subjetivos em jogo, isto é, o modo singular como cada profissional vivencia determinado evento, a partir de sua história, de como foi se constituindo ao longo de toda uma existência e do lugar específico em que se encontra.

Penso que a divisão de ideias e de distintas percepções sobre este assunto abordado nas entrevistas realizadas seja algo bastante positivo, no sentido de apontar que as tensões verificadas são inerentes aos processos de trabalho, e são estas tensões que muitas vezes nos fazem repensar nossas práticas, nos fazem desacomodar para nos ajustarmos às necessidades do contexto que se apresenta. Contudo, simulemos algumas situações para pensarmos um pouco mais sobre o evento observado, para abrimos nossa reflexão:

Imaginemos que toda a equipe, no período inicial da pandemia, se inclinasse para a ideia de fechar o portão, mas, sem revisitar as novas práticas de cuidado propagadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, práticas estas que promoveram a abertura dos serviços: essa postura, caso ocorresse, por si só, poderia indicar um engessamento do serviço, uma rigidez que incorreria no risco da mera observância de protocolos no período da pandemia? Poderia, a suposta postura da equipe, produzir barreiras de acesso aos casos mais complexos<sup>34</sup>, com maior fragilidade?

Por outro lado, e ainda, imaginemos que toda a equipe se inclinasse para a ideia de manter o portão aberto, como antes do advento da pandemia, apegando-se às ideias propagadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, sem, no entanto, considerar o contexto pandêmico em que nos encontramos: estaria a equipe, caso tal posicionamento se verificasse, incorrendo em outro enrijecimento? Poderia a equipe incorrer em grave descuido com a saúde integral de todos os que fazem uso do serviço, trabalhadores e usuários, comprometendo a responsabilidade sanitária com a população?

A produção de um cuidado possível com a realidade do sofrimento psíquico e os inúmeros fatores verificados em um contexto pandêmico nunca vivenciado, deflagra na equipe conflitos, ansiedades, e distintas posições, mas que exigem flexibilidade por parte desta e a colocam atenta à dinâmica que está se configurando.

São os conflitos e as tensões que convocam a equipe a pensar estratégias de cuidado e a fazem se ajustar aos desafios e demandas que estão se apresentando. São exatamente estes aspectos apontados, através das entrevistas, e os questionamentos acima levantados, que podem ampliar a nossa leitura sobre o

---

<sup>34</sup> Considero a complexidade de um caso em saúde mental como “complexidade invertida” em relação à Medicina Tradicional. Na Medicina Tradicional os casos mais complexos seguem da atenção primária em direção à atenção secundária e terciária, demandando maiores recursos e densidade tecnológica. Na saúde mental, em sentido contrário, o acompanhamento dos casos na atenção primária e secundária (CAPS e ambulatórios) requer lidar com a própria complexidade da vida, incorporando no cuidado aos usuários os recursos que estão disponíveis no território, diferente do hospital psiquiátrico que tende a dar respostas pontuais, imediatas (AMARANTE, 2007, p.97; LANCETTI, 2008, p.107-114). Penso ainda os casos complexos em saúde mental como aqueles que apresentam gravidade clínica (psicoses e neuroses graves, persistentes e com histórico de internações) e vulnerabilidade social (com esgarçamento dos laços sociais). Quanto mais complexos os casos em saúde mental, mais eles vão demandar a entrada dos serviços da rede, saúde e assistência social.

tema, repensando nossas práticas no cotidiano dos serviços, enquanto trabalhadores da saúde.

A Universalidade e Integralidade do cuidado nesta realidade inusitada apontam para a equipe de um serviço de saúde mental a necessidade de transitar com flexibilidade entre duas nuances, a atenção com o sofrimento psíquico da população e a responsabilidade sanitária com a saúde física desta mesma população, reinventando novas práticas viáveis que respondam integralmente às necessidades apresentadas diariamente ao serviço e às exigências impostas por um contexto ímpar.

## 2.6 &. Um dever-cuidado-minoritário arrastando princípios...

### **Meditação**

Tom Jobim/ Newton Mendonça

Quem acreditou  
 No amor, no sorriso, e na flor  
 Então sonhou, sonhou  
 E perdeu a paz  
 O amor, o sorriso e a flor  
 Se transformam depressa demais  
 Quem no coração  
 Abrigou a tristeza de ver  
 Tudo isto se perder  
 E, na solidão  
 Procurou um caminho e seguiu  
 Já descrente de um dia feliz  
 Quem chorou, chorou  
 E tanto que o seu pranto já secou  
 Quem depois voltou  
 Ao amor, ao sorriso e à flor  
 Então tudo encontrou  
 Pois a própria dor  
 Revelou o caminho do amor  
 E a tristeza acabou

Todo cuidado é um dever...

É algo bastante comum entre nós, trabalhadores da saúde, fazermos-nos a pergunta: “O que é o cuidado?” Uma pergunta na verdade forjada em uma cultura que insiste em definições, essencialidades imutáveis, insiste em perseguir as belas formas fixas que tentam nos capturar, domar as forças e os fluxos com os quais a vida se transforma.

Essa pergunta muitas vezes nos inquieta, suscita diversas imagens e fluxos ligeiros de lembranças em nós, trazendo de volta situações anteriormente vivenciadas... No entanto, sempre a mesma sensação de vácuo, apesar do turbilhão de pensamentos, o mesmo aperto na garganta ao tentar uma resposta para esta pergunta tão desafiadora...

Parece que o cuidado é algo difícil mesmo de se definir, porque em constante movimento... Quando tentamos defini-lo, fixá-lo, assume uma outra forma com a qual passamos a nos ocupar logo em seguida; parodiando Jobim, poderíamos cantar: “o cuidado se transforma depressa demais...”.

Não se ater a pontos fixos, a nenhum estado provisório, mas acompanhar as transformações e os encontros intersubjetivos que estão se dando nos territórios da clínica de atenção psicossocial, eis os imperativos do próprio movimento de cuidar!

O encontro entre trabalhador e usuário tem a capacidade de afetar um ao outro, e isto se dá por intensidades circulando entre as relações que se estabelecem entre dois corpos, entendendo-se como corpo, sujeitos em ação como trabalhador e usuário, ou trabalhador e trabalhador, mas também estes com as normas, saberes, instrumentos que configuram corpos nos cenários do cuidado em saúde (FRANCO & MEHRY, 2013, p.155)<sup>35</sup>.

Elaboro, portanto, uma outra questão mais condizente com a realidade que o tema nos apresenta, que talvez nos permita avançar: “Como o cuidado se processa?”.

Nesta direção, proponho inventarmos alguns recursos: imaginarmos os princípios que impulsionaram o Movimento da Reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS, anteriormente explanados, como pontos essenciais que encontramos fixados nos estatutos, normas, regulamentos, portarias, leis, em todos os documentos que, por mandato, se configuram no chamado plano transcendente de organização da vida, no plano molar das visibilidades com suas macropolíticas.

O cuidado, para que se realize nos espaços de produção da saúde, passa por esse plano, pois dele depende para realizar o seu próprio movimento, uma vez que precisa de elementos consolidados e das formas anteriormente constituídas (técnicas, saberes, procedimentos, instituições) que lhe sirvam de apoio.

---

<sup>35</sup> Franco & Mehry (2013) trabalham com os conceitos de tecnologias em saúde: tecnologia-dura, que compreende os equipamentos, o maquinário, as ferramentas presentes nos cenários de produção da saúde; tecnologia leve-dura, que compreende os saberes constituídos, as profissões instituídas, os protocolos a serem seguidos, mas também o modo singular com que cada trabalhador atua nos processos de trabalho; e as tecnologias leves, que diz respeito ao aspecto relacional entre trabalhadores e usuários, em encontros, afetos, diálogos, conversas, acolhimentos (Ibid., p.72-73).

O plano de organização orienta as práticas de cuidado nos serviços de saúde, mas, para que uma ação em um serviço de saúde se configure como um cuidado integral, neste plano não deve se fixar, pois o cuidado não se faz em acreditar apenas num ideal, na ideia ilusória das formas imutáveis: assim como “o amor, o sorriso e a flor” do poeta, ele comporta a transitoriedade da vida que passa e se transmuta, que nos transforma com seu movimento. O cuidado haverá sempre de ser revisitado, tão breve a dor, o sofrimento e o amor o exijam, e haverá de brevemente padecer na ilusão quem à esta dinâmica resistir.

Proponho ainda, e então, imaginarmos o cuidado como uma linha em movimento, uma linha que atravesse o plano de organização da vida, e, passando por entre os princípios mencionados, enquanto pontos já sinalizados, demarcados, os arraste consigo para a composição de novas realidades possíveis e de práticas de atenção à saúde que viabilizem a expansão da vida.

Uma linha de devir não se define nem por pontos que ela liga nem por pontos que a compõem: ao contrário, ela passa entre os pontos, ela só cresce pelo meio, e corre numa direção perpendicular aos pontos que distinguimos primeiro, transversal à relação localizável entre pontos contíguos ou distantes (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p.95-96).

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO; FRANCO, 2012, p.1).

Neste plano de organização, a linha do cuidado vai se movimentando entre diversos elementos a serem considerados para a produção da saúde, e trabalha com/entre os princípios do SUS que norteiam as práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Opera na vizinhança, aproximando os múltiplos pontos necessários em suas ações: recursos do território, rede de apoio do usuário, aspectos socioculturais, Universalidade, Integralidade, Autonomia, etc...

Mas é no plano de consistência, de imanência da vida, que a linha do cuidado adquire novos sentidos e ganha velocidade, pois é neste plano que o cuidado se efetiva através dos encontros intersubjetivos, entre múltiplos atores/atrizes sociais: o plano molecular com suas micropolíticas do cotidiano, em movimentos sutis, às vezes imperceptíveis.

Um plano que convoca e implica os múltiplos atores/atrizes nos processos de trabalho, trazendo-os consigo em seu movimento, em agenciamentos que podem produzir realidades mais habitáveis.

A linha do cuidado na imanência da vida passa a se entrelaçar às forças, aos fluxos e às intensidades presentes na agitação e calma, na aceleração e lentificação da vida, implicando, muitas vezes, na imprevisibilidade que o processo de cuidado comporta, portanto, um “devir-cuidado” ...

Na imanência dos acontecimentos, os pontos outrora fixados no plano transcendente de organização se fragmentam como partículas que entre si vão se recompondo e recriam outras possibilidades, novas práticas de atenção em saúde através dos processos de trabalho, em movimentos algumas vezes imperceptíveis:

Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em via de devir, e através das quais devimos. É nesse sentido que o devir é o processo do desejo (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p.67).

Lira (2016, p.42), em trabalho anteriormente realizado, articula as práticas de cuidado com o conceito de devir em Deleuze & Guattari (2012a):

Emerge à superfície o devir-cuidado em sua máxima força de afetação com consequências estéticas e políticas desconhecidas. O devir-cuidado é invenção, é positividade imanente e expansiva, é máquina mutante, é potência do homem que o império se esforça em regular, controlar. Cada variação, por menor que seja, ao propagar-se, possibilita novos agenciamentos, novas associações, novas formas de cooperação.

Eu diria que o devir-cuidado exige flexibilidade por parte dos profissionais para transitarem por entre esses dois planos: como as linhas do “entre”, linhas flexíveis, de simulação ou experimentação; que se entrelaçam às linhas duras para organizar a vida e a dinâmica dos serviços, em processos de (re)territorialização; que se entrelaçam às linhas de fuga para recriar a vida e as práticas de atenção em saúde em outras possibilidades, em processos de (des)territorialização.

Penso que seria inviável o cuidado realizar-se na mera observância da letra gravada, da palavra documentada, como tampouco delinear-se unicamente em fluxos inconstantes, sem pontos de referências ou parâmetros que possam nos guiar.

Deleuze & Guattari (2012a, p.70) apontam que “um devir nunca é imitação”, não se realiza por reproduções e analogias, mas sim como um processo que ocorre em vias de passagem, entre múltiplos pontos, um movimento comportando as multiplicidades em diversos componentes heterogêneos.

Um devir não se realiza por filiações, legados e heranças que se perpetuam hereditariamente, de geração em geração, mas desponta em processos mutáveis que exigem alianças, articulações com múltiplos elementos coexistentes

nos territórios. Uma experiência, um processo, uma corrente de pensamento que nos invade e nos toma inesperadamente por contágios, não por determinações hereditárias que sempre se propagam de igual modo (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p.18-19).

Este aspecto nos convida a pensar, por exemplo, que um devir-cuidado não se processa como uma “receita de bolo”, como inúmeras vezes dizemos nos espaços de produção da saúde, ou seja: as estratégias de cuidado traçadas para um caso em particular, e que produzem os efeitos desejados, não garantem os mesmos efeitos esperados ao serem reproduzidas na condução de um outro caso específico.

É a partir dos encontros, cada qual único e irrepetível, que o devir-cuidado vai se processando entre trabalhadores e usuários; é a partir da capacidade de alianças, da abertura dos diversos atores/atrizes sociais para se articularem com as forças e os múltiplos elementos interagindo no campo que o devir-cuidado vai se corporificando, adquirindo consistência, densidade. Deste modo, devir-cuidado não é mera prescrição de uma conduta, mas um acontecimento, pois “no seu acontecer é que as forças, de fato, existem.” (FRANCO & MEHRY, 2013, p.172).

Deleuze & Guattari (2012a, p.21) ainda consideram que um devir comporta uma “potência de matilha”, isto é, um “devir-animal” que se processa por modos e não por características, pois todo “devir-animal” se dá em multiplicidades, entre diversos indivíduos de uma população que se proliferam e se movimentam em bandos pelos territórios, ocupando os espaços, transmutando-se e assim preservando a vida coletiva.

Este aspecto me leva a pensar, de modo similar, por exemplo, o grande número de atores/atrizes sociais que tantas vezes se aproximam e se integram no campo da saúde mental para o devido cuidado que os casos mais complexos demandam: um devir-cuidado exigindo, portanto, a articulação, a participação e interação entre diversos profissionais, uma multiplicidade de atuações favorecendo a produção da saúde.

Pretendo conhecer, a partir da realidade dos serviços de saúde e a partir das vivências dos profissionais com os processos de trabalho, de que modo a articulação entre práticas de cuidado e o conceito de “devir” podem auxiliar-nos diante dos desafios diários que se apresentam para os trabalhadores/trabalhadoras da saúde, mais especificamente da saúde mental.

Trago, neste segundo momento, a continuidade da entrevista realizada com Eta para observarmos melhor a relação entre as práticas de cuidado e o conceito de “devir” trabalhado por Deleuze & Guattari (2012a), vejamos:

Pesquisador: — Exato! E você tá falando a palavra desafio, né, era exatamente isso que eu ia te perguntar, Eta: do que você tá falando, que eu tô entendendo, você tá falando que hoje a pessoa em sofrimento psíquico é um sujeito de direitos, né... E vamos falar de educação, vamos falar do trabalho, vamos falar das condições de vida... Como é que você acha que tá isso hoje? Isso tá dado?!

Eta: — Não! Dado não, muito pelo contrário, né! Eu acho que uma, uma das grandes missões de cada trabalhador do campo da saúde mental, né, seja ele de que área for, cada trabalhador do campo da saúde mental, eu acho que precisa tá “linkado”, né, e tá ligado ao compromisso de que isso não tá dado e pode ser tomado a qualquer momento. Pode ser tomado inclusive quando eu na prática de um serviço direcionado ao cuidado, é... Esteja de alguma forma mantendo os padrões, né, de dogmas e de preconceitos de, de diferenças, é... Como mediador no meu trabalho, por exemplo... [...]. Então eu acho que há sim uma mudança de paradigma, é... Que a gente não pode associar o início, né, de toda aquela proposta de tratamento da loucura, porque hoje a gente fala do cuidado, né, do sofrimento mental... A gente não tá falando de cuidado da loucura, a gente tá falando do cuidado da pessoa em sofrimento mental, seja grave, leve ou moderado. É uma pessoa em cuidado, então eu acho, eu acho que... Tem um avanço, mas não, não tá dado, ele precisa ser garantido ainda, né, ele precisa ser, ele precisa ser assim... Guardado, né, sabe?! Guardado no sentido de tomar conta, né, porque também a qualquer, é... Esse, esse, o que foi conquistado, ainda é muito vulnerável, ainda é muito frágil. **Nós tamos falando de minorias, né, e todos os grupos de minorias tem uma vulnerabilidade, né, embora se empodere, embora se fortaleça, mas continuam sendo vulneráveis, né, então é...** É isso, eu acho que não foi dado, mas é, é... Tem muito trabalho ainda, a ser feito, a ser construído, né, e também acho que não é só pelos trabalhadores não, pelo próprio usuário do serviço de saúde mental, ou seja, a própria pessoa em sofrimento mental, **ele também é guardião, né, ele também é um militante de um próprio caminho, sabe?! Acredito muito por aí...** (Eta em trecho de entrevista, grifo nosso).

Apesar dos avanços que obtivemos no campo da saúde mental, a partir do processo de democratização verificado em nossa sociedade — com a Constituição Federal de 1988, culminando no advento do SUS, e com o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir da década de setenta do século passado —, avanços que promoveram relações mais flexíveis nos espaços da saúde, o cuidado com a realidade do sofrimento psíquico parece ser um direito fragilmente presente no cotidiano dos serviços e na vida de muitas pessoas atendidas nos serviços de saúde mental.

Percebemos, através das pontuações da entrevistada, que o cuidado integral com os sujeitos em sofrimento psíquico e os investimentos necessários no campo da saúde mental continuam convocando a ação de muitos, no sentido de

fazer valer o direito de acesso a uma saúde de qualidade para este público específico.

Um direito que, para ser concretizado nas relações de trabalho com a saúde, continua demandando investimentos em políticas públicas para viabilizar a manutenção dos recursos, materiais e humanos, e promover a melhoria na qualidade dos atendimentos. Políticas públicas que garantam a participação dos trabalhadores e da população na organização dos serviços, garantam o direito de decisão nos processos de produção da saúde, investindo no sujeito em sofrimento psíquico como principal agente transformador no seu próprio cuidado.

A entrevistada, contudo, localiza as pessoas em sofrimento psíquico nos chamados “grupos minoritários”, afirmando a condição de vulnerabilidade na qual muitas vezes esses indivíduos e grupos se encontram. O conceito de vulnerabilidade se distancia da lógica do risco, pela qual se culpabiliza e se responsabiliza somente indivíduos e grupos específicos considerados “os mais expostos” aos fatores de risco.

O conceito distingue-se da lógica do risco apontando que os chamados “vulneráveis” são aqueles que se encontram desprovidos dos recursos da rede de apoio psicossocial, numa dinâmica que passa a considerar os múltiplos fatores que interferem no processo de adoecimento, na dinâmica saúde-doença, e que nos corresponsabiliza, toda a sociedade, no cuidado com as populações mais vulneráveis:

O entendimento do que é uma situação de vulnerabilidade vem na tentativa de superar a lógica do risco, em que se teria agente patológico e doença como causa e efeito, e conseqüentemente grupos de risco — pessoas que são mais expostas, por isso mais suscetíveis. A lógica do risco faz com que se responsabilize apenas o indivíduo pela sua condição, numa abordagem de “controle de comportamentos” e isolamento social, que produzem em grande escala estigma e preconceito. [...]. Portanto, é diferente dizer que uma pessoa tem maior risco de adoecer, pois está mais ou menos exposta, de que uma pessoa está em situação de vulnerabilidade, o que corresponsabiliza os que fazem parte do contexto (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010, p.168-169).

Deleuze & Guattari (2012a) nos dizem que todo devir é um devir-minoritário, não no sentido quantitativo, de minorias e majorias estatisticamente consideradas, mas sim no sentido de um modo particular de investimento social. Um devir-minoritário refere-se ao poder de ação e de decisão sobre si mesmo, à participação na vida coletiva, de circulação pelos múltiplos espaços da sociedade, favorecido ou dificultado a determinados indivíduos e grupos. Diz respeito,

diretamente, a um leque de possibilidades que, a depender dos indivíduos e grupos considerados, pode ser ampliado ou reduzido, como lemos:

Há toda uma política dos devires-animais, como uma política da feitiçaria: esta política se elabora em agenciamentos que não são nem os da família, nem os da religião, nem os do Estado. Eles exprimiriam antes grupos minoritários, ou oprimidos, ou proibidos, ou revoltados, ou sempre na borda das instituições reconhecidas, mas secretos ainda por serem extrínsecos, em suma anômicos (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p.31).

Podemos considerar o devir-cuidado como uma processualidade que exige investimentos sociais contínuos para que seja de fato uma realidade presente nos diversos espaços da sociedade, para além mesmo dos serviços de saúde, que se concretize na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, desviando-os do signo da exclusão.

O devir-cuidado exige esforços permanentes para que se reafirme nos processos de trabalho com a saúde mental, por meio das relações empreendidas, portanto, um **devir-cuidado-minoritário** que traz à baila alguns autores que nos auxiliam nesta elaboração:

Mayoría y minoría aquí no son cuestión de números, es un modo de investir em lo social, es un agenciamiento del propio cuerpo y del modo de mezclarlo con otros cuerpos. Los devenires minoritarios no se interesan por la hegemonía o por tratar de constituir una nueva totalidad. En el fragmento, em la interacción com otros fragmentos, inventan regímenes de afectación y obtienen una producción de conocimiento (SAIDÓN, 2002, p.71).

Em primeiro lugar, há que se considerar que um devir é sempre minoritário, tendo em mente que minoria não se refere necessariamente à quantidade. Quando pensamos em devir, minoria não pode mais ser um conjunto que se estabelece em função de uma maioria. Uma maioria não se define necessariamente em função de uma maior quantidade, mas pela “determinação de um estado ou de um padrão em relação ao qual as quantidades maiores tanto quanto as menores serão ditas minoritárias”, supondo um “estado de dominação” (SILVA, 2007, p.62).

O devir-cuidado-minoritário na realidade do sofrimento psíquico nos aponta, sobretudo, a necessidade de nos ocuparmos com as produções de subjetividades que estão em jogo no campo da saúde mental, com os modos como as subjetividades de trabalhadores e usuários dos serviços estão se formando através das relações sociais empreendidas.

Esta necessidade requer investimentos contínuos em novos modos de subjetivação, possibilitando aos trabalhadores e usuários se reapropriarem das subjetividades-formas, em processos de singularização que escapem às lógicas de controle e de dominação que historicamente relegaram os chamados “loucos” ao espaço recluso do manicômio, e que sorrateiramente insistem em se reerguerem.

Lira (2016, p.44, p.51) nos mostra respectivamente o devir-cuidado como um movimento que se processa no campo das subjetividades, em permanente formação:

Então, tece-se um devir-cuidado, um cuidado-da-vida sem sede de forma e de verdade, sem sede de julgar ou de ser julgado, que forja a experimentação de novos modos de existência.

O devir-cuidado eclode desses processos constitutivos do viver e da produção de existência, tensionando e desestabilizando o modelo majoritário de fazer saúde, criando mundos, agenciando modos de expressão e de conectividade da vida em suas múltiplas experimentações.

Nestes processos, os diversos atores/atrizes sociais se recriam em novos modos de existência que desmancham as subjetividades cristalizadas, serializadas, e ampliam as possibilidades de cuidado, em relações sociais mais acolhedoras com as pessoas em sofrimento psíquico, deslocando-as dos territórios de exclusão, da invisibilidade. Fazer a vida se expandir, produzir diferenciações...

O devir-cuidado é ser aí. Provoca, intimida, desafia, recusa as interpretações humanistas repletas de sentido e piedade. É puro acontecimento, impessoal, singular, neutro, para além do bem e do mal que põe em xeque as principais divisões legadas por nossa tradição. Assim sendo, é zona de opacidade ofensiva, signo de uma resistência que convoca vias existenciais e estéticas inteiramente outras (LIRA, 2016, p.58).

A perspectiva do devir-cuidado-minoritário consiste num trabalho árduo, de permanente construção, tal como Eta nos aponta. Um trabalho que reafirme diariamente o direito, outrora conquistado, de acesso aos serviços de saúde afinados com a ética de um cuidado territorializado, de uma saúde integral trabalhando com os diversos recursos e dispositivos da rede. Direito de acesso a modos de tratamento que garantam a participação do usuário no seu próprio cuidado, democratizando os espaços da saúde e flexibilizando as relações de trabalho.

Trabalhar nesta perspectiva é resistir diariamente à cultura da doença e da técnica que persiste no imaginário de muitos atores/atrizes sociais e se corporifica nas relações de trabalho fundamentadas em procedimentos clínicos fragmentados que acabam por unicamente objetificar os corpos. Resistir aos ataques de uma cultura que concebe saúde apenas como bem de consumo disponível às classes sociais mais favorecidas, e não como exercício e garantia de um direito de toda a população.

Uma cultura, ainda propagada, que desconsidera os aspectos sociais, culturais e subjetivos presentes na dinâmica saúde-doença; e que, na realidade do sofrimento psíquico, furtivamente insiste em querer nos fazer acreditar que a

conduta terapêutica “mais eficaz” se encontra unicamente nos espaços reclusos para “tratamento” do transtorno mental, em todo e qualquer caso, desconsiderando-se as particularidades presentes em cada situação apresentada.

Prossigamos nestas trilhas para conhecer um pouco melhor como isto se apresenta, a partir das vivências dos profissionais, de suas ideias e práticas verificadas com o trabalho de matriciamento em saúde mental...

**Transversalidades,  
uma poesia concreta**

MATRICIAMENTO  
MMTRICIAMENTO  
MMMRICIAMENTO  
MMMMICIAMENTO  
MMMMMCIAMENTO  
MMMMMMIAMENTO  
MMMMMMMMAMENTO  
MMMMMMMMMMENTO  
MMMMMMMMMMMMNTO  
MMMMMMMMMMMMMTO  
MMMMMMMMMMMMMMO  
MMMMMMMMMMMMMMMMMOVIMENTO...

Madison

### 3 PLATÔ-MATRICIAMENTO. & MATRICIAR É TRANSVERSALIZAR

#### 3.1 &. Uma oficina com movimentos que requerem mais atenção...

Acordo às 6:30h, como de costume. Hoje o dia inicia com uma manhã bastante turva, uma neblina densa reveste toda a cidade. Abro a janela do meu quarto e olho na direção onde o CAPS se localiza. Não consigo avistar com nitidez a região, apenas a silhueta de alguns dos prédios borrada pela forte neblina que paira no ar.

Desço até a cozinha e preparo o meu café, ligo o rádio no noticiário. Ouço notícias sobre a operação policial realizada pelo Estado, por esses dias, em uma região próxima ao território onde o CAPS se localiza, operação que culminou com o extermínio de alguns dos integrantes do tráfico que comanda a região.

A última reunião de equipe realizada no CAPS, logo após a operação, retorna em imagens que disparam na minha mente, algumas falas dos colegas gravadas em meu corpo como tatuagens, falas de muitos profissionais sobre os efeitos provocados na dinâmica do serviço com a operação policial recente no território, um clima de medo e de insegurança nos invade. Uma profissional em reunião havia dito: “— Eram seres humanos! Tinham direito a um julgamento justo, não ao extermínio!”.

Sinto um peso nos meus ombros, uma leve dor na nuca, um cansaço logo no início desta manhã, apesar de uma madrugada muito bem dormida. Mudo de estação, quero uma música que me torne o momento um pouco mais ameno. Giro o botão para a direita, para a esquerda, inquieto torno a girar sem nenhum pouso, mal contato e muitos ruídos.

Várias e várias tentativas, procurando recursos — inventando-os, quiçá! — recursos que me deem coragem para seguir adiante diariamente, do início do dia ao fim da noite. Paro finalmente o botão na voz de Elis e na letra gravada de Chico, eternizadas na canção que suavemente me embala:

**Tatuagem**  
Chico Buarque

Quero ficar no teu corpo  
Feito tatuagem  
Que é pra te dar coragem

Pra seguir viagem  
Quando a noite vem...

Uma manhã que já nos parece noite, muitos acontecimentos turvam nossos olhos, embaralham nossos pensamentos, mas não posso parar neste breu... Subo e retorno ao meu quarto, mais desperto, com o gosto do café ainda na boca e seu aroma por toda a casa. Tomo meu banho, escovo meus dentes e me arrumo.

Sigo no mesmo trajeto de viagem até chegar ao CAPS, os buracos e fios dependurados pelas ruas continuam nos mesmos lugares de antes, a vida com seus inúmeros buracos, mas a faixa alertando para o perigo de assalto na região já não mais se encontra no ponto de ônibus.

O protetor solar agora já não se faz tão necessário, mas o álcool-gel e a máscara cirúrgica ainda são essenciais para o devido cuidado. Estive afastado do campo por umas semanas, devido ao aumento considerável no número de mortes provocadas pela COVID-19, retornando por esses dias após a imunização completa com a campanha de vacinação.

Celular sempre no bolso da calça, imediatamente às mãos quando o sinal do *WhatsApp* dispara. Por medida de segurança preciso observar no grupo do CAPS se o acesso ao território é viável, seguro; no momento, sinal verde...

Volto meu olhar para o celular inúmeras vezes durante o trajeto, e consigo enxergar turvamente o meu rosto refletido em sua tela, rosto revestido de branco por uma máscara cirúrgica, óculos embaçados pela respiração ofegante. Seguro-os firmemente, rosto e celular se confundem, sentindo minhas mãos ressecadas pelo álcool-gel utilizado sempre que necessário.

Chego a tomar o celular como extensão do meu corpo, um membro, talvez um órgão acoplado a todos os outros, em múltiplas funções que se expandem<sup>36</sup>. Preciso me apoiar em algo que me dê equilíbrio em meio a tantas incertezas e possibilidades/impossibilidades: meu corpo, meu rosto, meu celular, meus colegas, outros corpos...

Corpo aqui tem o sentido amplo, pode ser um ser vivo, uma coisa, uma ideia, um pensamento, etc... e esses encontros são atravessados por fluxos de intensidades que impactam na forma de cada um perceber o mundo no qual está inserido. O encontro pode causar "tristeza", segundo Espinosa, ou "alegria", e aumentar ou diminuir a potência de agir no mundo

---

<sup>36</sup> Referência ao conceito de Corpo-sem-órgãos (CsO), anteriormente apresentado neste trabalho: o corpo das experimentações, acoplado a outros corpos, humanos e inumanos, tendo suas funções ampliadas para além das interpretações e dos sistemas estratificados, ordenados (DELEUZE & GUATTARI, 1996, p.13, p.21, p.24; ROLNIK, 1989, p.59).

respectivamente. Esse é o aspecto fundamental, o efeito dos encontros e a potência sobre o mundo.” (FONSECA; FRANCO, 2009, p.48).

Hoje a praça em frete ao CAPS encontra-se esvaziada, já não vejo como antes senhoras em grupos praticando suas atividades físicas ao ar livre. Talvez o clima mais suave neste inverno carioca não as tenha encorajado, talvez a operação policial recente as tenha intimidado! Participo da reunião de início de turno com os profissionais que se encontram no serviço, antes de iniciarem suas atividades. Rostos ainda marcados por um sono profundo, falas de preocupação com a instabilidade presente no território.

Após a reunião uma técnica da equipe abre a sala onde acontecem as oficinas terapêuticas. Conversamos um pouco somente entre nós profissionais, sem a presença ainda no espaço dos usuários do serviço, conversas que se desdobram pelos espaços, talvez um recurso para tentar diluir nossos medos e ansiedades. Os usuários do serviço vão chegando aos poucos, em movimentos tímidos procuram silenciosamente o espaço da oficina.

Lentamente as folhas por sobre a mesa circulam de mãos em mãos, lápis coloridos ganham movimento, tingindo as mandalas impressas nas folhas de papel. Com o silêncio, tenho a ligeira impressão de que a operação policial parece não ter provocado o mesmo impacto como verificado nos profissionais. De repente, algumas falas sucessivas rasgam o silêncio e me contradizem: “— Ontem vi helicóptero em cima da minha casa, ouvi muito tiro!”; “— Eu também, eu também, eu também...”.

Um usuário do serviço pergunta se pode desenhar meu rosto, e a partir da minha resposta positiva realiza com ânimo mais uma caricatura, dentre as tantas que se encontram no mural do serviço, todas elas representando os técnicos da equipe. Enquanto poso para o caricaturista, pergunto como iniciou esse trabalho em sua vida, e logo me responde: “— Desde criança! É como eu me expresso com as pessoas.”. Guardo-a comigo em meu diário:

Figura 2



Neste momento, entra na oficina Dona Helena, acompanhada por um técnico que realiza o trabalho de matriciamento em uma das clínicas da família localizada no território. O técnico nos apresenta Dona Helena, mas eu mesmo já a conhecia do acolhimento realizado na semana passada pelo referido técnico da miniequipe do CAPS, miniequipe Demanda, junto à equipe de referência da usuária na clínica, através do matriciamento em saúde mental realizado na CF. Dona Helena dá entrada no CAPS a partir deste trabalho conjunto.

Os profissionais do CAPS envolvidos com este trabalho, que a acolheram na CF, precisam observar melhor os seus movimentos na vida, a sua interação com os demais. Compreender com mais propriedade o caso que lhes fora apresentado a partir do relato dos profissionais da clínica e do atendimento conjunto realizado na clínica, decidindo, portanto, inseri-la no espaço da oficina presente no CAPS.

Eu também estou tentando compreender o que está se apresentando para nós com a vida de Dona Helena, compreender principalmente alguns aspectos que compõem os processos de trabalho verificados com o matriciamento em saúde mental.

Observo Dona Helena na oficina, silenciosa, mas igualmente atenta aos acontecimentos que estão se dando. Apresento-lhe, em uma conversa com o técnico da equipe e os demais usuários, a proposta terapêutica presente com a atividade realizada na oficina, e Dona Helena logo nos diz: “— É... Eu já conheço oficina, eu fazia lá no outro CAPS da minha cidade”.

Espero a oficina terminar para conversar com o técnico sobre nossa última ida à CF, fazer algumas perguntas sobre a história pregressa de Dona Helena, e, se possível, realizar a entrevista ainda hoje com o técnico para

conhecermos um pouco mais como o trabalho de matriciamento está se processando.

O técnico mostra-se disponível na conversa, aceitando o convite para a entrevista. Relata um pouco suas experiências anteriores, em uma resposta considerável sobre como tem observado o trabalho de matriciamento desde que assumiu esta função no CAPS:

Pesquisador: — Agora, vamos lá Upsilon... A gente tá conversando sobre o matriciamento, e você já apontou umas coisas assim bem interessantes, mas eu queria saber um pouquinho da tua visão sobre o matriciamento de um modo em geral... Assim... O que você entende por matriciamento? Como que você vê o matriciamento?

Upsilon: — Então, eu vejo o matriciamento como MOVIMENTO. Eu associo o matriciamento com movimento. Eu não consigo pensar o matriciamento em algo que é isso: sentei contigo, te passei o caso, você recebeu, e acabou!... Eu acho que matriciamento é: sentei contigo, discutimos, não é com você, mas você entende que talvez um outro lugar possa dar um suporte, e que aí junta, e se descobre que os outros serviços: CRAS, educação, justiça, cesta básica, é... Associação de moradores, e aí movimentou! Acabou que virou um grupo de *WhatsApp* pra discutir “fulana” de tal, porque não é da ordem da saúde mental, não é da ordem de quem vai receber, é a pessoa que circula, nos... Nos espaços que não circula, que vai conhecer, e vai circular a partir do matriciamento, “entre parênteses”, pra mim MOVIMENTO.... [...]. Eu vejo esse movimento super positivo, porque eu venho do movimento... do NÃO movimento, né, do... Você chega pra atender o paciente que tá internado no hospital psiquiátrico, você atende e vai embora... Você faz o seu trabalho de oito às cinco, duas vezes na semana e foi embora, mas ele tá lá quinze, trinta anos... Parado!... Ele não saiu pra ir na atenção básica, ele não saiu pra ir no INSS, num... Numa perícia, ele não saiu pra comprar, pra escolher a roupa dele, ele não saiu pra conhecer a pracinha do bairro, pra comprar o pão da padaria, então... Conheço o NÃO movimento, e o movimento... Matriciamento pra mim é MOVIMENTO! ...Eu não consigo ver o matriciamento se não for o movimento... Pode ser que eu esteja equivocado, mas eu não consigo imaginar é: matriciar, e morreu ali!... (Upsilon, em trecho de entrevista).

Essa conversa com Upsilon nos aponta que o trabalho de matriciamento não se limita ao momento e ao espaço onde as equipes dos serviços fisicamente se encontram, os profissionais do CAPS com os profissionais da CF. Um trabalho que vai se estendendo no tempo em diversos espaços, um trabalho que nos exige utilizar alguns recursos necessários neste período de pandemia que atravessamos, tecendo com estes mesmos recursos uma rede para viabilizar o cuidado compartilhado aos casos complexos, mesmo à distância.

Upsilon nos conduz a perceber que a rede de cuidado aos usuários não está dada de modo permanente e estático, mas continuamente tecida a muitas mãos, entre recursos que se entrelaçam: passível de rompimentos, mas sempre viável porque feita, desfeita e refeita em (re)composições, uma rede móvel.

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de

seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção. O matriciamento já é um exercício da rede em que a atenção primária (ESF) junto à saúde mental e/ou NASF<sup>37</sup> constroem projetos terapêuticos, incluindo qualquer ator da rede necessário para aquele indivíduo e sua família (CHIAVERINI... et. al., 2011, p.199-200).

A conversa com Upsilon me faz reviver agora o acolhimento de Dona Helena realizado na CF através do matriciamento em saúde mental. O encontro entre os profissionais do CAPS, com os profissionais da CF e a usuária Dona Helena, nos mostra, por exemplo, a necessidade de nos apropriarmos dos recursos disponíveis e de problematizarmos<sup>38</sup> os usos que fazemos desses recursos para a recomposição dos processos de trabalho.

O matriciamento, até o momento, estava acontecendo entre as equipes de modo remoto, *on line*, mas desde a semana passada<sup>39</sup> retomamos nossas idas presenciais à CF para realizarmos o trabalho. Dona Helena estava agendada neste dia para um acolhimento na CF com os profissionais do CAPS, a partir do contato feito pelos profissionais de sua equipe de referência na clínica com o técnico do CAPS responsável pelo matriciamento.

Chegamos atrasados à clínica, após uma reunião de início de turno realizada no CAPS com os profissionais presentes em serviço, uma reunião que ultrapassou o horário costumeiro. Na clínica, ao chegarmos, uma agente comunitária de saúde (ACS) nos informa que Dona Helena se encontra na direção da clínica, com humor irritado pela demora no atendimento, vamos então até a direção para chamá-la ao acolhimento.

Dona Helena caminha conosco até a sala reservada com postura hostil, querelante, lembrando-nos, a todo momento, que havia chegado no horário marcado, apesar do nosso atraso. O técnico do CAPS, que conduzirá o atendimento, segura em suas mãos uma ficha de matriciamento contendo os dados de Dona Helena, dentre várias outras, todas referentes aos casos de saúde mental

---

<sup>37</sup> Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): serviço especializado, criado pelo Ministério da Saúde, através da portaria GM nº154, de 24/01/2008; composto por diversas categorias profissionais que auxiliam as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliando sua abrangência e resolatividade na condução dos casos que demandam cuidados específicos (COELHO... et.al., 2012, p.17).

<sup>38</sup> Utilizamos o conceito de problematização no sentido dado por Foucault (1990) que evidencia “os jogos de verdade entre o verdadeiro e o falso, através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência; que evidencia as condições nas quais o sujeito pensa sobre si e o mundo no qual vive, e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam.” (Ibid., p.9-16).

<sup>39</sup> Primeira semana de junho de 2021.

acompanhados pelas equipes da CF e que são endereçados aos técnicos responsáveis pelo matriciamento.

O técnico inicia o acolhimento dando alguns esclarecimentos sobre o atraso e pedindo desculpas pelo incidente. Inicialmente nos apresentamos à usuária do serviço, que, em determinado momento, recusa-se em continuar sendo atendida sem a participação da enfermeira de sua equipe de referência que a acompanha na clínica, reivindicando sua presença. A enfermeira, quando solicitada, comparece prontamente ao atendimento:

Helena:— Eu cheguei aqui cedo, na hora, poxa, isso não se faz!

Tau: — Dona Helena, como falei... Estávamos numa reunião no CAPS. O território tá muito perigoso. Teve operação policial por esses dias. As coisas estão tensas, bem difíceis!

Helena: — Eu queria que a enfermeira que me acompanha estivesse aqui. Ela tinha que tá aqui! Ela me conhece, eu autorizo ela a falar de mim. Eu às vezes não consigo falar... [choro].

Tau: — Tudo bem! Podemos chamar, se a senhora se sente melhor, vamos chamar Lambda...

Lambda: — Então... Eu estou aqui há uns seis meses e a pouco passei a atender Dona Helena. Ela estava em acompanhamento com uma psicóloga lá no ambulatório onde ela fazia tratamento, mas teve alguns problemas com esta profissional... Dona Helena tem alguns comprometimentos clínicos, e faz uso de algumas medicações...

Helena: — Ela jamais deveria ter falado comigo como falou! Disse que ele jamais ia olhar pra mim porque não sou ninguém, que só tomo remédio, que não trabalho... Não é assim que um profissional fala, ela não foi direita comigo, não agiu correto! ... [choro].

Lambda: — Eles já sabem, então?! A senhora pode continuar falando...

Helena: — Não! Eu prefiro que você fale... Pode falar, eu autorizo...

Lambda: — Então... Dona Helena faz uso de algumas medicações que reduziram a sua libido. Ela e seu esposo se separaram recentemente, agravando seu quadro clínico. Morava e trabalhava no Leblon como médica<sup>40</sup>, mas agora não consegue mais trabalhar, e está passando por dificuldades econômicas, precisando de ajuda neste sentido. Nos últimos tempos Dona Helena se apaixonou por um auxiliar de enfermagem aqui da clínica e isto a tem deixado muito entristecida. Gostava de assistir telenovelas e nem isto tem conseguido fazer nos últimos tempos. Ela tem vindo à clínica com frequência, abordando os técnicos e demandando atenção de todos...

Tau: — Dona Helena, eu conversei com a psicóloga lá do ambulatório. Ela entrou em contato comigo para conversarmos. Saiba que ela está preocupada com a senhora. Em momento algum ela se referiu à senhora de modo desrespeitoso...

Helena: — Com ela eu não fico mais, ela não foi direita! Tudo o que eu fiz foi por amor! ... [choro]. Eu já conheço o CAPS, eu fazia CAPS lá na minha cidade e nunca ninguém falou comigo assim! Eu fazia atividade lá no CAPS, e pra ir pro CAPS eu preciso de RioCard, da passagem pra ir pro CAPS, e

---

<sup>40</sup> As profissões e locais de moradia são fictícios para preservar a identidade da usuária do serviço. Dona Helena é uma personagem inspirada nas personagens de mesmo nome, criadas pelo autor de telenovelas, Manoel Carlos, carinhosamente chamado de “Maneco” entre seus admiradores, personagens que expressam os modos de subjetivação de uma classe social que vive em um bairro nobre da Cidade do Rio de Janeiro, o bairro do Leblon. Esta personagem é aqui construída a partir de fatos apresentados no transcurso da pesquisa, possibilitando-nos pensar sobre os aspectos sociais que atravessam e compõem os espaços da clínica.

continuar vindo aqui na clínica e no médico também lá do ambulatório que já me conhece...

Tau: — Dona Helena: isso do ambulatório e da passagem nós vamos ver juntos, depois, lá no CAPS, e tudo o mais que for necessário... Primeiro a senhora precisa ir lá no CAPS pra gente se conhecer melhor, a senhora conhecer o serviço, e se for o caso veremos depois a indicação para a passagem... (Diário de campo).

Encerramos o acolhimento reforçando as recomendações e orientações para que Dona Helena possa nos procurar no CAPS. A usuária permanece demandando a nossa atenção após o término do seu atendimento, retornando à sala inúmeras vezes para queixar-se de alguns profissionais, nos lembrar que participava de oficinas realizadas no CAPS de sua terra natal, e que precisará sempre recarregar seu cartão eletrônico de passagem, RioCard, para continuar indo aos serviços.

Precisamos em determinado momento fechar a porta da sala à chave para continuarmos nossa discussão sobre o caso. A enfermeira da equipe ressalta que o modo como Dona Helena se apresentou para nós durante o acolhimento é recorrente, um comportamento que se repete toda vez que se dirige à clínica, abordando os profissionais que não somente os de sua equipe de referência.

Esta profissional encontra abertura para partilhar conosco suas impressões e sentimentos suscitados na condução deste caso, possibilitando-nos algumas reflexões e construções conjuntas:

Lambda: — Isso é toda vez que ela vem, e tem vindo com mais frequência! Na semana passada eu saí daqui arrasada, não conseguia fazer mais nada depois! Ela vai entrando nos atendimentos, e nunca o que se faz é o suficiente... Só que não temos só ela, a demanda cada vez mais cresce...

Pi: — Sim, difícil mesmo! ... Você tá vendo só o que você disse?! Você saiu arrasada! É como ela se sente... Gente: eu conheço o pessoal lá do ambulatório, eles não iam falar isso com ela, isso é do quadro clínico dela, é sintoma, é como ela escuta mesmo... Baixíssima autoestima e por mais que você faça, você tá sempre em falta com ela, e a questão nem é essa...

Tau: — É a forma também como ela quer escutar...

Rô: — Pois é... Ela transfere o que tá sentindo pra você...

Pi: — E digo mais: ela vai fazer a mesma coisa lá no CAPS! Vai ficar abordando os profissionais... Toda vez que ela fizer isso, precisamos referenciar para o profissional que sustenta a terapia, dizer mesmo: eu entendo, mas a senhora precisa falar isso pra psicóloga, ela precisa ouvir isso da senhora, cortar mesmo, gente!... Se não, isso vai sempre se repetir, ela vai escorregando de um pro outro e rompendo a relação terapêutica, rompendo as relações... E isso não é maldade, não é negligência, é uma necessidade, é o trabalho que precisamos sustentar, se não ela vai atirando pra tudo que é lado e não se tem contorno, não se produz nenhuma diferença nesse caso... (Diário de campo).

Novamente Dona Helena retorna, bate na porta, reforçamos que seu atendimento terminou e que nossa conversa só será possível continuar no CAPS. Não sabemos se nossa intervenção conjunta neste acolhimento produziu alguma

diferença significativa no movimento da usuária com a vida, mas, a insistência dela promoveu de fato uma mudança no processo de trabalho entre as equipes, uma mudança que nos remete respectivamente às contribuições de Chiaverini... et.al. (2011, p.13-15) para o entendimento dos objetivos presentes com a proposta deste trabalho:

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica.

Matriciamento não é: encaminhamento ao especialista; atendimento individual pelo profissional de saúde mental; intervenção psicossocial coletiva realizada apenas pelo profissional de saúde mental. O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico.

Habitualmente, o trabalho segue um fluxo sequencial, ordenado, pelo qual os casos de saúde mental são apresentados aos profissionais do CAPS responsáveis pelo matriciamento: no geral, trazidos por meio de uma enfermeira da CF designada para organizar o matriciamento junto às equipes de referência da clínica, ou por meio dos ACS(s) — contactados pelos profissionais das equipes, ou por demanda espontânea dos usuários que acorrem à clínica.

Há uma sala na clínica ocasionalmente reservada para o trabalho de matriciamento que ocorre semanalmente, trabalho previamente pactuado entre as equipes do CAPS e da CF, sempre no mesmo dia e turno da semana. São apresentadas fichas contendo alguns dados sobre os casos trazidos; se necessário, os profissionais do CAPS solicitam mais informações para orientar as equipes na condução dos casos e com os fluxos da rede, quando o encaminhamento a outros serviços se faz necessário.

Eventualmente, os profissionais do CAPS atendem diretamente os casos trazidos para um esclarecimento e entendimento sobre o quadro clínico relatado: algumas vezes, com um profissional da clínica; outras, sem essa presença. Esses atendimentos ocorrem no espaço físico da clínica, ou, se necessário, virtualmente, considerando-se o contexto da pandemia.

Hoje, no entanto, um acontecimento incomum, inusitado, se deu, rompendo com a previsibilidade dos processos de trabalho previamente desenhados, segmentados: um encontro ocorreu entre Dona Helena e os profissionais de ambas as equipes, CAPS e ESF, a partir do pedido da própria usuária direcionado às equipes.

Um encontro que possibilitou aos profissionais participarem diretamente da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>41</sup> com Dona Helena, procurando saídas para os impasses apresentados, e, posteriormente, partilharem entre si suas impressões na condução do caso, em uma circulação de afectos que permitiu o trabalho avançar.

A reunião de matriciamento é, portanto, um espaço fundamental para a organização do apoio matricial junto às equipes da ESF. Este é um espaço estratégico para a construção coletiva dos casos e para a avaliação conjunta das informações e situações que devem ser priorizadas em um Projeto Terapêutico Singular, tendo como desdobramento a pactuação de ações compartilhadas (COELHO... et.al, 2012, p.21).

Porém, lembrando que:

quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenhos de projetos terapêuticos que não são desenhados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência (CAMPOS, 1999, p.396).

Iniciou-se o resgate da história de Dona Helena, recompondo os fragmentos de relatos para a construção conjunta, entre as equipes atuantes, de um conhecimento sobre o caso, principalmente de um conhecimento das potencialidades e dos limites presentes na relação entre os profissionais envolvidos no cuidado com a usuária. Mas, continuemos acompanhando o desenrolar desta história lá no CAPS, entre muitas páginas da vida...

### **3.2 &. O analisador<sup>42</sup> “Dona Helena do Leblon” em reunião...**

Uma manhã de sexta-feira calma e tranquila transcorre, uma expectativa boa por mais um fim de semana de descanso para os profissionais de um CAPS II<sup>43</sup>.

<sup>41</sup> Em Vasconcelos... et.al. (2014), podemos ler: “Projeto Terapêutico Singular: constitui um conjunto de atividades organizadas especialmente para desenvolver a recuperação de cada uma das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Este projeto deve levar em conta o quadro clínico, a história, a situação familiar e de suporte social, e as necessidades e interesses particulares de cada pessoa. A escolha das atividades deve ser de comum acordo com o usuário, com a participação da família ou representante pessoal, e com base em uma discussão de toda a equipe profissional” (Ibid., p.95).

<sup>42</sup> Utilizo o conceito de analisador, forjado por Guattari (1987) a partir de seus estudos químicos, e adaptado às realidades institucionais, como anteriormente explanado. O analisador é o elemento que provoca quebra, separação, rupturas, permitindo uma análise sobre determinado composto químico. Na realidade das instituições, são acontecimentos, eventos, materialidades ou discursos que quando problematizados, postos em discussão entre todos, podem deflagrar as divisões e os conflitos, os diversos posicionamentos presentes na dinâmica institucional (Ibid., p.95).

Algumas poucas mensagens chegam pelo grupo de *WhatsApp* do serviço, anunciadas pelo sinal sonoro toda vez que dispara. Às 12:00h em ponto, a supervisora disponibiliza o *link* da reunião de equipe de hoje, realizada à distância, em plataforma de comunicação, lembrando-nos sempre que dará início às 14:00 h, horário oficial de Brasília.

Ligo meu computador e aguardo a hora precisa para acessar a sala virtual pelo *link* disponibilizado com antecedência. Alguns ligam suas câmeras, tornando seus rostos visíveis, outros tantos permanecem escondidos por detrás das letras iniciais de seus nomes, ou de fotografias anexadas no dispositivo. A supervisora recebe a todos cordialmente com uma saudação inicial de “boa tarde”, seguida dos nomes dos participantes da reunião.

Informes iniciais sobre o movimento do serviço durante a semana que está por terminar são transmitidos, juntamente com a divulgação dos eventos agendados para a próxima. Há um momento posterior na reunião reservado para a discussão de alguns dos casos acompanhados pelo serviço e que no momento requerem mais atenção e investimento da equipe, casos geralmente agendados com antecedência na reunião de equipe anterior para discussão na semana seguinte.

Recentemente a equipe passou a reservar um espaço na reunião para apresentação e discussão dos casos que estão chegando ao serviço, com o objetivo de fazer as informações circularem entre seus integrantes, de modo que todos possam se apropriar do caso em uma construção clínica compartilhada. A profissional Dzeta, no momento da apresentação dos casos novos no CAPS, inicia encenando mais um capítulo de uma novela no ar, assistamos:

Dzeta: — Então, gente... Eu queria saber de uma usuária que chegou e tá participando da oficina terça-feira: como vai ficar? ... Ela veio falar comigo do remédio, e eu queria saber afinal se a gente vai ficar dando, disponibilizando a receita por aqui, ou se ela vai ficar pegando lá na clínica?... Ela tá vindo aqui só pra oficina...

Psi: — A gente vai precisar entender melhor algumas coisas da história dela: como foi que ela chegou? Que remédio é esse em uso? Ela tem algum diagnóstico vindo da clínica?

Tau: — Ela veio do matriciamento da clínica, os profissionais lá pediram ajuda porque ela tá muito demandante e causando problemas na rotina da clínica. É acompanhada também no ambulatório de saúde mental. O atendimento com ela lá na clínica foi bem difícil, sempre muito queixosa! Eu conversei com a psicóloga que a acompanha lá no ambulatório.... Ela já

---

<sup>43</sup> Em Amarante (2007), podemos ler: “CAPSII — municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes — funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h” (Ibid., p.84). Sobre as características presentes nas diferentes modalidades de serviço-CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS-AD, CAPS-AD III), recomendo consultar a Portaria Nº 3.088/11 (BRASIL, 2011b).

esteve em CAPS, e é acompanhada há bastante tempo no ambulatório... Eu entendi que seria importante observarmos melhor...

Psi: — Mas quanto tempo ela tá com a psicóloga? Como foi esse acompanhamento no CAPS? Há algum diagnóstico, internação?

Tau: — F31.4.

Psi: — Gente, F31.4... O quê que é isso?! O quê que isso diz? Alguém pode dar uma ajuda pra gente?

Fi: — Transtorno afetivo bipolar grave, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos.

Psi: — Vocês entendem que este caso é pra tá no CAPS?

Dzeta: — Na minha humilde opinião, NÃO!

Nü — Olha, eu conheço o pessoal lá do ambulatório. Eles costumam segurar os casos que eles observam um certo comprometimento. Pra psicóloga chegar a conversar com a gente me parece que ela não é tão articulada como parece, também tô tentando entender algumas coisas, me parece que a história dela fica espalhada por vários lugares, mas não se junta nada...

Qui: — Ela por esses dias me abordou aqui no corredor, dizendo que me conhecia do outro serviço em que esteve. Eu disse que não a conhecia, que não me lembrava em momento algum de a ter visto antes em nenhum lugar, mas insistindo muito nisso, e o tempo todo falando do remédio e do RioCard, do Bolsa Família, do benefício de prestação continuada (BPC)... A verdade é que esses casos são bem difíceis, muita demanda, e produz em nós um certo rechaço. Muitos nessa equipe ficam incomodados com isso, mesmo! ... Apesar de preservada, articulada, me pareceu muito fixa, repetitiva em vários momentos. Acho que vamos precisar acompanhar um pouco mais, de um pouco mais de tempo...

Psi: — Precisamos olhar com mais cuidado estes casos que já chegam com estas demandas, com pedidos já formulados e dirigidos. Pareceu em alguns momentos, do que vocês estão falando, alguns traços que cheiram uma paranoia, até! Eu tenho trinta anos de saúde mental e posso apostar que tem algo além aí nesse caso... Eu como psicóloga e psicanalista rasgo meu diploma se eu estiver errada nesse caso!... Mas eu fico pensando se seria um caso pra o serviço vincular já na oficina... Acompanhar talvez em outro espaço, entender qual o sentido de inseri-la na oficina...

Qui: — Eu tenho quarenta! Acho que são coisas concomitantes, ô Psi!...

Psi: — Sim, são concomitantes!... (Diário de campo).

Dona Helena no espaço da Clínica, durante o matriciamento realizado, promoveu um encontro entre os profissionais da ESF com os profissionais do CAPS, mas, no espaço do CAPS provoca uma divisão de opiniões na equipe, em dois posicionamentos distintos, conflitantes: alguns entendem que ela não deveria permanecer sendo acompanhada no CAPS, representados na fala de Dzeta; outros, que ela deve permanecer para uma avaliação e intervenção mais seguras.

Essa divisão na equipe causa um tensionamento que nos remete à discussão sobre o tempo de intervenção presente na cultura dos distintos níveis de atenção em saúde: atenção primária (AB e ESF); atenção secundária (ambulatórios especializados e CAPSs); e a atenção terciária (hospital, internação psiquiátrica).

Coelho... et. al. (2012) apontam que a ESF por lidar com uma ampla gama de situações e de demandas não dispõe muitas vezes de tempo o suficiente para investir adequadamente nos casos de saúde mental mais complexos, casos

que demandam muitas vezes uma discussão mais prolongada e aprofundada, como habitualmente ocorrem, por exemplo, nos CAPS (s), dispositivos especializados em saúde mental.

Alguns da equipe do CAPS apontam a necessidade de um tempo de espera para conhecer melhor o caso que se apresenta ao serviço e poder intervir cuidadosamente. Entretanto, é bastante curioso perceber que mesmo em um serviço de atenção secundária como o CAPS — no qual se exige, muitas das vezes, um tempo mais prolongado de acompanhamento para uma discussão mais depurada, dada a complexidade presente em muitos dos casos acompanhados neste nível de atenção —, há uma emergência por intervir que parte de um dos integrantes da equipe, Dzeta, questionando a permanência da usuária no serviço.

O firme posicionamento de Dzeta também nos reporta à discussão sobre os diferentes olhares em relação ao perfil desenhado para os casos a serem acompanhados em um CAPS. Coelho... et. al. (2012) nos lembram, por exemplo, que os CAPS (s), por se ocuparem com os casos de maior gravidade clínica e de vulnerabilidade social, a princípio, não foram indicados como a primeira opção para organizar o apoio matricial junto às equipes da ESF, pois não seria viável a estes dispositivos assumirem o apoio necessário a todas as equipes da ESF de seu território de cobertura.

Alguns membros da equipe demandam maior tempo para colher novos dados e compreender se as informações obtidas, e os eventos anteriormente observados, de fato configuram que o caso extrapola os limites possíveis de atenção na ESF, justificando-se seu endereçamento ao CAPS. Por outro lado, a resposta negativa e imediata de Dzeta visa deslocar o caso discutido em reunião da alçada do CAPS, mas também nos provoca a enxergar outras propostas com o trabalho de matriciamento em saúde mental, como pesquisas anteriores nos apontaram:

O papel da equipe de saúde da Família torna-se fundamental nesse aspecto, quando o matriciamento surge para “desafogar” os CAPS, na medida em que pensa uma aproximação e modos de horizontalizar as relações interpessoais com a atenção básica, melhorando a qualidade da assistência. [...]. Observa-se empiricamente que a superlotação do CAPS ocorre, em sua maioria, por casos considerados leves, podendo estes ser direcionados para as equipes de Saúde da Família (LOPES, 2010, p.212). Os profissionais da saúde mental devem oferecer o apoio matricial às equipes de saúde da família, contribuindo para que estas consigam o máximo de sucesso em suas intervenções, sem a necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos de recursos (AMARANTE, 2007, p.96).

Observando as variações em jogo nesses tensionamentos entre os profissionais, gostaria de trazer algumas considerações sobre o evento observado, na verdade, tomado por uma pergunta que frequentemente se impõe, nos impõem, nos impomos, e na qual somos muitas vezes aprisionados em dos pólos antagônicos: “É pra CAPS ‘OU’ não é pra CAPS?”

Num entre parênteses, confabulo comigo mesmo: ou, ou, ou... Essa força do nosso hábito excludente que nos segmenta em identidades fixas, estados definidos, espaços demarcados. Entre “ser pra CAPS” OU “não ser pra CAPS” existe uma vida a pulsar, a pedir passagem diante de tantos impasses e entraves apresentados, pedidos de ajuda endereçados às equipes.

Tento uma resposta para esta pergunta, resposta que nos exige esforços de abertura para acolher a vida em sua multiplicidade, para encontros que muitas vezes nos colocam em situações inesperadas, para surpresas que nos tiram de nossa zona de conforto e de segurança, e assim procuro responder: “É pra CAPS E não é pra CAPS”. Substituo na resposta o conectivo excludente “OU” da pergunta, pelo conectivo de adição “E”.

“É pra CAPS” porque — dentre os inúmeros casos, com pontos em comum, que tantas vezes se apresentam aos serviços — tratam-se de vidas que ainda não conseguem encontrar, por si mesmas, condições de se gerirem, necessitando atualmente de recursos específicos para se organizarem; simultaneamente, “não é pra CAPS”, porque — considerando-se os casos na transitoriedade da própria vida — não se pode perder de vista, no mesmo sentido, a especificidade deste serviço como via de passagem que agencie a construção de possíveis e novos lugares, tirando-nos, a todos, da zona de permanência, a cada momento.

A convocação do CAPS para compor ou para protagonizar uma rede de cuidado ao usuário em questão precisa, portanto, levar em conta o diagnóstico clínico-situacional que avalia não somente o quadro sintomatológico, como também o momento de cada pessoa, os seus contextos social, material e cultural, os recursos familiares e de rede social com os quais contamos para compartilhar o cuidado [...]. (COELHO... et.al., 2012, p.13).

O conectivo “E” nos faz caminhar por uma via paradoxal, nos coloca em contato com as contradições presentes na vida. Há ainda uma potência escondida no conectivo “E”, sob embates de uma luta antiga e diária, tentando quebrar a rigidez, tentando avançar, ultrapassar os limites impostos, os nossos comodismos e apegos.

Dona Helena do Leblon não tem vindo mais ao CAPS, e segundo alguns da CF ela também não tem aparecido por lá. Outro dia, pouco antes de nos dirigirmos novamente para a CF, observo dois profissionais conversando na sala dos técnicos sobre a usuária, terminando a conversa entre sorrisos e abraços afetuosos, ao dizerem um para o outro: “Pois é... A questão dela não era demanda de amor? Então... Ela viu que a gente a amava e se foi... Pronto, gente: tá aí na vida!”.

Ainda neste mesmo dia, no matriciamento com a clínica, ouvi de um outro profissional o seguinte: “— Eu não entendo, gente! Ah... NÃO é pro CAPS! ... Tá... Então quer dizer que se for pro CAPS é pra ficar lá de vez, eternamente?!”.

Penso que se eventualmente nos abraçamos, ou não, mas, estamos aqui discutindo “Dona Helena do Leblon”, ela com seus choros já, e ainda, está no CAPS pedindo passagem entre as páginas da vida e protagonizando essa novela...

#### **Falando de amor**

Tom Jobim

[...]

Chora flauta, chora pinho

Choro eu, o teu cantor

Chora manso, bem baixinho

Nesse choro falando de amor...

### **3.3 &. Matriciamento em saúde mental: o desafio de um cuidado transversal**

Estamos dentro do carro de uma profissional do CAPS indo para a CF, para realizar mais um trabalho de matriciamento. O trânsito segue livre, apesar do horário de *rush*, mas, talvez por conta da pandemia, o fluxo de carros nas ruas ainda é bastante reduzido, e de igual modo os ônibus já não lotam como antes.

Estamos retornando após um feriado prolongado, feriado da Padroeira do Brasil. O Bispo de Aparecida, Dom Orlando Brandes, em discurso televisionado, no dia do feriado nacional, diz: “— Vacina, sim! Pátria amada não é pátria armada!”; no mesmo dia em que o Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, comparece inesperadamente com sua comitiva ao Santuário Nacional de Aparecida, utilizando máscara cirúrgica e contrariando as expectativas: vaiado por muitos, aplaudido por tantos outros com gritos de “mito!”.

Passamos diante do supermercado da região e já não vemos o mesmo fluxo de pessoas em direção ao estabelecimento, agora em um movimento igualmente reduzido em relação ao do trânsito. De repente, estas observações feitas

sobre as paisagens que a nós se apresentam, até chegarmos à clínica, podem ter alguma relação com a notícia de ontem do telejornal: “Muitas pessoas acorrem aos açougues para conseguir restos de carne e de ossos”.

Não paro de pensar, tentando especular por onde anda aquele mundo de gente que no passado circulava pela região: Foram infectados? Morreram? Como eles têm sobrevivido diante do índice alarmante de desemprego no nosso país? Estão conseguindo acompanhar as mudanças tecnológicas para o *home office*?

Abro meu diário de campo no carro e, em meio a tantos pensamentos, leio as anotações do encontro anterior com os profissionais da CF. Uma médica da equipe, na ocasião, havia nos procurado, pedindo com insistência: “— Gente: me ajuda com dois casos que eu tô atendendo! Vocês não imaginam! Depois desse período inicial que as pessoas estiveram mais em quarentena, os casos triplicaram aqui! Parece que tava tudo escondido, preso, e abriu de uma só vez!”.

Chegamos finalmente à clínica e observamos a pracinha ao lado com um movimento um pouco mais expressivo que os demais espaços do bairro, com rapazes conduzindo suas motos, e alguns outros orientando os motoristas que chegam e precisam estacionar seus veículos pela calçada. Esses rapazes parecem observar os transeuntes e a circulação no comércio local da comunidade.

No interior da clínica muitas pessoas aguardam por atendimento agendado e por informações sobre marcação de consultas e exames clínicos. Alguns ACS (s) estão na recepção, na entrada principal da clínica, posicionados no balcão de atendimento, em frente aos computadores, consultando as informações e registrando as atividades no sistema operacional. Todos, ao nos verem chegar, acenam para nós e nos cumprimentam com um sorriso nos lábios.

Caminhamos até a sala onde costuma acontecer o trabalho de matriciamento. Há algumas poucas pessoas sentadas do lado de fora, parecendo aguardar por atendimento. Entramos primeiro na sala, e um profissional da clínica, logo em seguida, adentra à sala para nos receber e realinharmos alguns combinados sobre o processo de trabalho.

O profissional, em determinado momento, apoia sua mão em meu braço e me diz: “— Preciso falar contigo! Não vai dá pra fazer a entrevista aqui na clínica, não! Tá tudo muito corrido, e não tem sobrado tempo pra mais nada! Só mesmo no dia da minha folga: a gente faz *on line*. Eu quero muito fazer essa entrevista!”.

Mostro-me igualmente disponível, e logo em seguida o profissional se retira para dar continuidade a um trabalho que estava realizando antes de nos receber. Retira-se após passar informações sobre alguns casos, e sem antes nos lembrar de que há dois usuários da clínica aguardando o nosso acolhimento.

Dia da folga do profissional e dia do meu encontro com o grupo de pesquisa, uma feliz coincidência! Espero o encontro com o grupo terminar e a sala virtual ser esvaziada para iniciar a entrevista, seguindo as instruções da minha orientadora que me coloca como administrador da sala, retirando-se segundos antes da entrada do entrevistado.

Uma entrevista a contribuir com o entendimento sobre os possíveis sentidos que o conceito de “transversalidades”, trabalhado por Guattari (1987), conceito hoje recorrente nos espaços de produção da saúde, pode comportar. Acompanhemos um trecho significativo da entrevista:

Pesquisador: — A gente tava conversando, você tava falando sobre a questão do cuidado, né, e aí você apontou, aí, que o cuidado tem a questão, o pontual e o transversal, tá... E aí eu tava entendendo que você tava falando de um cuidado pontual: o paciente tem uma queixa, o profissional atende, né, e soluciona aí... Seria isso o cuidado pontual? É o que entendi, né? Mas aí, o que é o cuidado transversal? Você fala de um transversal aí... Eu queria entender com você mesmo, aprender com você, eu tô aqui aprendendo com você... O que seria esse transversal?

Capa: — Eu acho que assim... O cuidado... Transversal é você, por exemplo, fazer um trabalho de rede com o usuário, sabe?! Entender que ele é... Ele chega com uma questão ali na saúde da família, mas aí quando você vai desdobrar isso na... Quando você vai desdobrar ao longo do caso, você vê que você precisa de várias redes, aliás, um caso de violência que também é um caso... Enfim... Que atravessa várias questões, e aí você tem que movimentar mesmo a rede em prol daquele usuário, sabe?! E aí o cuidado não fica só, somente naquela coisa... Quando eu falo fisiológico é, muito naquela coisa assim... De pensar, por exemplo: o paciente é hipertenso, um exemplo, o paciente é hipertenso e aí ele chega lá com a pressão alta... Eu estabilizei a pressão e tudo bem! Vamô segui esse cara, mas olhar só pra pressão alta, mas o cara, às vezes, o paciente tem vários outros problemas, entendeu? ... O paciente tá desempregado, o paciente tá desenvolvendo uma depressão, assim... Sei lá... Tem várias outras questões ali que tão acontecendo ao mesmo tempo na vida daquele paciente... É você olhar pra ele de uma maneira integral, sabe?!... Então o cuidado pra mim não é você dividir o paciente em partes... Sabe?!... E você olha, não: eu só vou cuidar disso e outra coisa fica pra outra pessoa... Não! Não é isso! Sabe?! Não é um trabalho, é... É... “Encaminhatório”, sabe?! O paciente, o... Acabou aqui! Eu tenho que encaminhar, às vezes, porque eu não tenho a complexidade daquele, ali, aquela tecnologia ali... Mas o paciente é meu, entendeu?! E eu tenho a responsabilidade de fazer essa rede... Então assim... É... Quando eu falo dessa coisa do cuidado, da transversalidade, de ser para além de um cuidado fisiológico, eu tô querendo falar sobre isso, entendeu?! Eu acho que é sobre isso que a gente quer falar...

Pesquisador: — Capa, e assim... Deixa eu te fazer uma pergunta: você acha que com o trabalho de matriciamento, hoje, que a gente vem desenvolvendo, a gente tá conseguindo esse cuidado transversalizado que

“você tá apontando? Como é que tá isso? Como é que você vê isso: esse cuidado transversal por meio do trabalho do matriciamento que a gente tá fazendo?”

Capa: — Então... Eu acho que... Sendo muito sincero, assim... Eu acho que... Tem duas questões: eu acho que uma questão, é a questão dessa disponibilidade do matriciamento por parte dos profissionais que estão lá, e a outra questão eu acho que é uma questão de investimento de uma forma geral na saúde mental... Então, assim, é... Porque assim... quando eu olho pra essa área programática... E, é aquilo que a gente tava conversando, né... E a gente não consegue identificar... É isso, a área não tem um CAPS, sabe?! A área não tem um CAPS-AD... É... Existe uma carência ambulatorial também por parte da... A gente vai pensar em saúde mental mesmo, sabe, de... É... Eu acho que, por exemplo, ali na clínica, talvez merecesse uma equipe, um NASF mesmo, junto com o que a gente tem da Psiquiatria, com a Psicologia que a gente não tem. Então, assim: existem casos que são de terapia, e assim... Você num... A rede também é falha nisso, sabe?! Então assim... Eu acho que existe um lado que são... A gente vai ter sempre esse desafio que é da coisa da gente tentar valer essa coisa do matriciamento, que é difícil, realmente a gente tem que chamar pra tá mais junto, porque quando a gente vê a gente tá só, a gente fazendo as coisas, é... Mas também existe essa coisa da rede... (Profissional da CF em trecho de entrevista).

As colocações do entrevistado são bastante densas e falam sobre o lugar que ele ocupa nas relações de trabalho e de seu posicionamento enquanto trabalhador de saúde da ESF. Capa nos diz nitidamente que o cuidado transversal consiste em olhar para o usuário do serviço em sua integralidade, ampliando a visão para além do que imediatamente se apresenta ao profissional no cotidiano dos serviços de saúde.

Convida-nos a perceber que para além dos sinais e dos sintomas apresentados à equipe, vários fatos acontecem na vida do usuário e vários fatores interferem no seu adoecimento, mas, ressalta que podemos cair no risco de não atentarmos para esta realidade.

De certo modo, a entrevista nos traz a proposta daquele “olho vibrátil” de Ronilk (1989), incentivando-nos a ultrapassar as formas fixas apresentadas, cristalizadas, com que os sinais e sintomas tantas vezes nos capturam pela repetição: acolher a repetição para fazer a diferença, para produzir saúde em novos territórios subjetivos, eis a proposta deste novo olhar!

Há uma aposta na emergência do novo, na reinvenção da vida, afirmando-se a necessidade de olharmos para um contexto mais amplo do qual necessariamente o cuidado transversal depende para que seja viabilizado. Capa me incentiva, de certa maneira, a revisitar Guattari (1987) para visualizarmos alguns dos diversos contornos que o signo “transversal” pode ir assumindo através de nossas práticas.

O conceito de transversalidade é elaborado por Guattari (1987) com o intuito de se aproximar de alguns fenômenos verificados na dinâmica das instituições e tentar encontrar saídas para alguns dos impasses verificados. Um conceito que tenta ultrapassar os limites de uma mera verticalidade (hierarquias, estruturas, organogramas, chefes) e de uma mera horizontalidade (grupismos, identificações), presentes nas relações estabelecidas pelos espaços institucionais.

Não se trata apenas de ocupar a rigor um lugar na hierarquia das instituições para fazer o trabalho fluir; e, não tão somente, de imaginarmos que o pertencimento aos grupos que se formam nos serviços, as identificações com os objetivos do grupo, com nossos pares, garantirá, por si só, que os processos de trabalho alcancem os resultados que se almejam.

Entre as verticalidades e as horizontalidades há o movimento de uma linha diagonal, transversal, que as atravessa, como no movimento de um devir que nos “arrasta consigo”, uma linha que pode nos deslocar dos lugares rígidos, das estruturas hierarquizadas, e que ao mesmo tempo pode pulverizar as identificações com nossos pares, com os chamados “iguais” (grupismos): “Guattari (1985) denominou de “transversalidade” a essa variedade de linhas de forças que incidem em uma instituição. Da incidência cruzada de vetores verticais e horizontais resultariam linhas de fuga transversais, miríades delas.” (CAMPOS, 2015, p.73).

Uma linha transversal de intercessão que justapõe estas duas vertentes (verticalidades e horizontalidades), podendo redefinir os papéis desempenhados por cada indivíduo nas instituições, por exemplo: cada profissional de saúde, na realidade, ocupa um lugar na hierarquia que ordena e determina as relações de trabalho, no organograma do estabelecimento; mas, se pararmos para pensar, cada profissional de saúde é ao mesmo tempo usuário do SUS, remetendo-o a um coletivo<sup>44</sup> mais amplo que o grupo de trabalho com o qual desempenha suas funções, podendo implicá-lo<sup>45</sup> com este mesmo coletivo mais amplo em novas sensibilidades e posicionamentos.

---

<sup>44</sup> Segundo Guattari (1992): “Com efeito, o termo ‘coletivo’ deve ser entendido aqui no sentido de uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao socius, assim como alguém da pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos.” (Ibid., p.20). Vidal (1986) ainda nos diz: “Falando mais claramente, o coletivo é uma resultante de forças, cada grupo, cada estrutura dele faz parte enquanto força que se distribui segundo determinados gradientes.” (Ibid., p.45-46).

<sup>45</sup> O conceito de transversalidade, na realidade da saúde, pode nos mostrar que tanto os profissionais, quanto os pacientes, somos todos usuários do SUS, e estamos implicados com esta

Mas, como esta justaposição de papéis pode se processar na realidade dos serviços?

Guattari (1987) lança mão de um recurso, trabalhando com a imagem das viseiras dos cavalos para falar sobre “coeficientes de transversalidade”, sobre graus de visão que ampliam ou restringem a percepção sobre os movimentos dos indivíduos que integram e interagem em um grupo, graus que facilitam ou dificultam a elucidação dos eventuais conflitos e contradições verificados na dinâmica dos serviços.

O autor diz que quanto mais se aperta as viseiras dos cavalos, mais os indivíduos se rebatem entre si no espaço que ocupam, provocando grande desconforto. Em sentido contrário, à medida que se afrouxa as viseiras, amplia-se a visão sobre o espaço onde os indivíduos (cavalos) se encontram, permitindo que estes consigam se perceber mutuamente, transitando pelo espaço sem atropelamentos.

Transpondo a imagem utilizada para a realidade das instituições, para a percepção sobre os processos de trabalho verificados nos serviços, e sobre os posicionamentos frente às demandas que se apresentam, podemos deduzir que:

A modificação no coeficiente de transversalidade deve intervir ao nível de uma redefinição estrutural do papel de cada um e de uma reorientação do conjunto. Enquanto as pessoas permanecem paralisadas em torno de si mesmas, elas não enxergam nada além de si mesmas. (GUATTARI, 1987, p.96)

Não é por mero acaso que Campos; Domitti (2007, p.402) apontando os diferentes sentidos e funções presentes no trabalho de matriciamento, trazem uma analogia com as matrizes da matemática, nas quais há um agrupamento de números dispostos entre linhas e colunas, respectivamente, horizontalidades e verticalidades.

Contudo, nas matrizes da matemática há o traçado de uma linha diagonal, transversal, atravessando, ao mesmo tempo, tanto as colunas (verticalidades), quanto as linhas (horizontalidades), uma linha que perpassa cada número (individualidade) em um movimento do qual o produto final da operação realizada, o resultado esperado, irá necessariamente depender. Realiza-se, portanto, uma operação que depende indispensavelmente de cada um dos números agrupados.

Deste modo, por comparação, podemos entender que matriciamento é um trabalho coletivo, que matriciar significa intervir, isto é, colocar-se entre indivíduos, grupos e coletivos, sujeitos e instituições, problematizando os eventos observados e as situações vivenciadas, por meio de um trabalho que convide a todos num compartilhamento entre saberes, para a superação dos conflitos e dos impasses: “[...] concebendo o matriciamento como o compartilhamento e a **ampliação do olhar** de todos os envolvidos, e não como uma transmissão vertical do conhecimento.” (MINOZZO; COSTA, 2013, p.67, grifo nosso).

Um trabalho que se dá em processo, como no movimento de um devir, como no traçado transversal das matrizes, entre vários números, em que se almeja um resultado, mas, no momento no qual se processa, não se sabe ao certo o que está por vir.

Vidal (1986) em trabalho de grande empenho nos mostra que o conceito de transversalidade está diretamente interligado ao conceito de analisador, anteriormente apresentado, ampliando assim os conceitos psicanalíticos de transferência e contratransferência para a realidade dos coletivos.

Mas, de que modo?

Guattari (1987) observou que os fenômenos de transferência e contratransferência utilizados como instrumentos na relação terapêutica, entre analisando (cliente) e analista — pela qual o cliente endereça (transfere) ao analista um material de análise (demandas, conflitos, fantasmas, fantasias), cabendo a este devolver (contratransferência) àquele, na relação terapêutica, sua leitura (interpretação) sobre o material dirigido, elucidando os impasses vivenciados pelo cliente —, podem ocorrer em diferentes sentidos e simultaneamente entre os diversos indivíduos que integram os grupos e as instituições, como constatamos:

A análise de grupo não proporá como objetivo revelar uma verdade estática, mas sim realizar as condições favoráveis a um modo particular de interpretação/transferência. Transferência e interpretação constituem um modo de intervenção simbólica que não poderiam ser da alçada de uma pessoa ou de um grupo, sendo então, nesta perspectiva, denominado analisador (GUATTARI, 1987, p.95).

Sendo assim, qualquer pessoa, materialidade, discurso ou evento constatado no cotidiano dos serviços, como observamos em linhas anteriores pelo conceito de analisador, comporta o potencial para deflagrar os conflitos e tensionamentos, de modo similar ao vivenciado em terapia na relação dual, analisando-analista.

Vidal (1986, p.46) nos esclarece que Guattari (1987) amplia a função do analista para o conceito de “analisador”, fazendo-nos perceber que, a partir de uma discussão coletiva, problematizando-se os eventos ocorridos, qualquer elemento presente na dinâmica institucional pode desempenhar a mesma função que a do analista, ou seja: elucidar os conflitos para a resolução dos impasses.

Assim como o sujeito endereça a sua demanda para o analista que ocupa lugar de Outro, o grupo dirige a sua para o coletivo. No entanto, não há um indivíduo ou grupo que exerça, de maneira fixa, a função analítica: qualquer sujeito ou grupo, em qualquer momento ou lugar, pode produzir um efeito de verdade, pode servir de “analisador”, para empregar um termo forjado por Guattari.

O conceito de transversalidade nos propõe uma maior comunicação para que possamos enxergarmos mutuamente e redefinirmos os papéis que desempenhamos, conforme as transformações dos cenários vão nos exigindo ao longo do tempo. A comunicação e o empenho para a mudança se engendram por meio do analisador, daquilo que faz ver e faz falar, permitindo ao grupo<sup>46</sup> a formulação de um conhecimento para a superação dos conflitos e dos entraves verificados nos processos de trabalho, podendo gerar reposicionamentos.

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos (GUATTARI, 1987, p.96).

Capa, em entrevista, toma a rede de atenção em saúde como analisador para pensar sobre as dificuldades e entraves encontrados durante o trabalho de matriciamento em saúde mental. Um analisador que a faz falar sobre a escassez dos recursos clínicos observados no território onde a CF se localiza, parecendo provocar-lhe incômodos, mas que ao mesmo tempo nos comunica suas experiências.

Aponta a escassez dos recursos dificultando a realização plena do trabalho, um trabalho que deveria atender integralmente as necessidades de saúde mental da população que vive no território de abrangência da CF. Outro profissional atuante no matriciamento realizado na CF une sua voz a de Capa para nos falar sobre esta mesma realidade de precariedade, exigindo, por parte dos profissionais envolvidos com os processos de trabalho, alguns arranjos para que o matriciamento em saúde mental continue viável na clínica:

---

<sup>46</sup> Mais adiante será explicitado outros dois conceitos trabalhados por Guattari (1987): grupo sujeito e grupo sujeitado.

[...]. Tava tendo pouco matriciamento, e uns dos motivos, por exemplo, como eu tô nessa área programática... Essa área programática tem um problema gravíssimo! Como que você tem uma área desse tamanho que não tem CAPS, CAPS-AD, CAPSi, um ambulatório de retaguarda?! Então, por exemplo, o CAPS de outra área programática, ele fica quase que como assim “emprestado”, assim como o CAPSi também de outra área programática, por exemplo, fica emprestado também, mas assim... Eu pelo menos vejo que sobrecarrega muito o serviço do CAPS que já são em geral abarrotados, por quê? São muitos casos que necessitam e tal, e as pessoas às vezes ficam desassistidas, aí tem que tentar não só dá um jeito, mas é o improvisado, é tentar fazer quase uma clínica do impossível, muitas vezes, sabe?! (Ksi, em trecho de entrevista).

O “analisador rede”, aqui considerado, nos faz ver que o cuidado integral/transversal depende necessariamente de múltiplos fatores e de diversos parceiros de trabalho; mas, também nos mostra que, quando alguns recursos nos faltam, precisamos ampliar o nosso olhar para além do imperativo da falta, este signo que marca nossos corpos e nos delimita em uma cultura capitalística<sup>47</sup>.

Precisamos transversalizar, alargar nosso campo de visão, ou seja: se ampliarmos o nosso olhar para além da escassez de recursos e das adversidades, iremos perceber que o trabalho de matriciamento está se processando com os recursos disponíveis, naquilo que é possível construirmos a cada momento, pois o verbo “matriciar” se conjuga no plano de imanência onde os encontros acontecem, não apenas no plano transcendente das/dos ideias/ideais.

Nesta perspectiva, Capa continua nos apontando:

[...]. Mas também existe essa coisa da rede, eu acho que, por exemplo: casos que deram certo, né! Assim... É... Que a gente acaba vendo que... Tem um caso muito emblemático, que é o caso da... É o caso de uma paciente que é minha, inclusive, né... Que é a da família Laços, que todo mundo conhece, a rede toda... Que é um caso que é trabalho de rede, que realmente tá todo mundo envolvido, que agora tá caminhando pra ela conseguir o BPC... Então, assim... É um caso que deu certo, mas que assim... É muita rede envolvida no caso dela: o caso dela tem CRAS, CREAS, tem CAPS, CAPSi... É... Não tem a psiquiatra do NASF porque ela (a paciente) tem muita rede, rede multi, né... Então assim... O caso dela é realmente muito grave, mas assim: em determinado momento, se a psiquiatra do NASF tivesse que entrar, ela entraria no caso dela... Então assim é um caso que a rede toda tá a par e é um caso que deu super certo, né... (Capa, em trecho de entrevista).

No mesmo sentido, outra profissional nos traz sua experiência:

Às vezes, no matriciamento, tem médicos que não se disponibilizam pra tá, né! Isso também enfraquece muito o matriciamento, né?! Porque é um momento que é importante pros médicos tarem presentes, e às vezes a gente, e... Faz o matriciamento com os enfermeiros, né, com quem tá disponível, né, isso também foi uma coisa que a gente precisou também se

<sup>47</sup> Faço alusão aqui a algumas ideias desenvolvidas por Lancetti (2008). O autor em seu trabalho traz uma discussão sobre as estratégias de redução de danos como alternativa de cuidado na realidade do consumo abusivo de drogas, apontando que “a droga é uma forma de aprofundar o capitalismo, que é a geração constante da falta” (Ibid., p.75).

reinventar, porque se não a gente não dava, né?!... Porque se a gente ficasse naquela coisa muito engessada que a gente entende que matriciamento é de médico pra médico, né, em alguns casos, e... Se a gente ficasse nessa lógica, a gente não andaria, né, então a gente aprendeu a fazer o matriciamento com quem tava disponível a ouvir, então, a gente fazia matriciamento com... Com técnico de enfermagem, com quem estivesse disponível ali pra, pra ouvir, né?!... (Gama, em trecho de entrevista).

Os processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde transcorrem, por vezes lentamente, submetidos às fragilidades da rede. Como num ato de resistência, a disponibilidade e abertura de muitos profissionais para se articularem com outros atores/atrizes sociais e dispositivos que casualmente se fazem disponíveis, tão logo reitera o potencial de cuidado que o matriciamento em saúde mental comporta, fazendo o trabalho avançar a passos mais largos.

No entanto, frente a tantas precariedades e esforços dos trabalhadores, não podemos perder de vista o desgaste de muitos dos trabalhadores/trabalhadoras de saúde e a necessidade de cuidado com quem cuida. Nesta direção, uma profissional afirma a urgência constante de investimentos no trabalhador/trabalhadora de saúde como um recurso indispensável para que o cuidado integral se encarne através das práticas de atenção à saúde no cotidiano dos serviços:

[...]. O que não acontece, primeiro é por conta de: a falta de investimento, né, geral, que eu acho que é a primeira questão, assim, o investimento em quê? É... Carreira, como tudo deve acontecer, né, no serviço, não só pra médicos, mas pra todos os funcionários, salários, organização, tudo isso que eu acho que é importante... Então, se não tiver um investimento, obviamente não vai funcionar, ali pra sair do papel, e isso foi um desinvestimento contínuo... (Ksi, em trecho de entrevista).

Matriciar, portanto, é transversalizar: perceber que o cuidado com a saúde depende necessariamente de múltiplos fatores, de uma rede que se tece em constante movimento e que nos exige reposicionamentos frente aos contextos nos quais ela vai se configurando de modos distintos, a cada momento; perceber que o próprio ato de cuidar é um aprendizado constante que nos exige abertura, que nos exige dialogar com as diferenças, dissolvendo muitas vezes as identidades cristalizadas e os lugares enrijecidos que podem nos paralisar.

Perceber que vários acontecimentos estão se dando no entorno desta nossa conversa sobre o matriciamento em saúde mental, e que este assunto, por ora, parece não se esgotar... Continuemos exercitando o nosso olhar...

### 3.4 &. Reuniões tentando traçar uma distinção: matriciamento de CAPS e matriciamento de NASF

Meio-dia em ponto, e o link já está disponibilizado no grupo de *WhatsApp* para mais uma reunião de equipe no CAPS, nesta tarde de sexta-feira. Hoje conversaremos sobre o trabalho de matriciamento que o CAPS vem desenvolvendo no território. Estou em campo desde o final de janeiro, auge do verão, e outro verão já se aproxima.

Imagino que hoje o clima na reunião será quente, esse assunto do matriciamento costuma dividir opiniões, pontos de vista se multiplicam. Tenho acompanhado várias mudanças no serviço desde o dia em que cheguei: mudança de Organização Social (OS); saída de vários profissionais após mudança de contrato de trabalho; chegada de novos; mudança na direção do serviço. Mas, um ponto da pauta para discussão frequentemente retorna, permanece, na verdade uma necessidade constante: a reestruturação do trabalho de matriciamento.

Nas páginas do meu diário registrei uma conversa de ainda ontem com uma profissional do CAPS que realiza o matriciamento a uma das CF(s) do território: “pois é... Desde que cheguei aqui, a direção da clínica mudou umas três vezes num curto espaço de tempo e eu tenho que sempre reestruturar o trabalho... A sensação é de que estamos recomeçando sempre do zero...” (Delta).

De fato, como temos conversado, é um trabalho que requer disponibilidade para a mudança, para a reorganização, exigindo novos posicionamentos, mas que também acarreta alguns desgastes para os profissionais envolvidos.

Apesar de experiências anteriores com o trabalho de matriciamento em saúde mental e de participação em pesquisa de iniciação científica sobre o tema, estou tentando compreender alguns aspectos que compõem a dinâmica deste trabalho e acompanhar a complexidade da realidade que se apresenta.

A supervisora disponibilizou no *WhatsApp*, com bastante antecedência, dois arquivos para leitura, procurando incentivar a discussão sobre o tema na reunião de hoje: “Guia prático de matriciamento em saúde mental” (CHIAVERINI... et. al., 2011) e “Sobre o início do matriciamento em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro: reflexões, relatos e recomendações” (COELHO... et. al., 2012).

Uma oportunidade para eu revisitar Chiaverini... et. al. (2011) e conhecer Coelho... et. al. (2012). Os anos impressos nas obras citadas me fazem reviver, por alguns momentos, o período da graduação em Psicologia e a participação em pesquisa acadêmica sobre este mesmo tema. Dez anos depois, alguns pontos da discussão sobre este trabalho retornam, de uma discussão recorrente que parece não sanar as dúvidas de muitos dos profissionais envolvidos com os processos de trabalho.

A supervisora inicia a reunião informando que algumas unidades da ESF serão matriciadas por CAPS, outras serão por NASF, e terão aquelas que serão mistas, ou seja, os CAPS dividirão o trabalho de matriciamento com o NASF presente na unidade. Ela procura incentivar a discussão e formular com a equipe um conhecimento sobre o apoio matricial realizado na especificidade do serviço-CAPS, suscitando falas consideráveis a partir de muitas vivências. No meu trabalho de garimpo, recolho falas preciosas:

Nü: — Eu tenho ido pra clínica e na verdade é um trabalho de mediação, de atender casos de primeira vez... O quê que acontece que casos graves eu não tô conseguindo tá no território?! Tô indo mais ao hospital psiquiátrico pra ver os pacientes internados que ao território que eu sou referência. A clínica solicita pra casos leves e os graves a gente não consegue acompanhar!

Psi: — Nü tá falando de um diagnóstico situacional, se ocupar com casos leves e os graves não chegarem... Tenho medo que o cobertor curto se rasgue de tanto que se estique... O CAPS achar que tem que assumir o matriciamento de tudo porque não tem NASF... A diferença entre matriciamento de CAPS e de NASF é que tem mobilizado a discussão... Vamos precisar construir ferramentas clínicas pra lidar com tudo isso!

Ômega: — Nü tá falando que tem ido mais ao hospital que ao território. Se não vamos ao território o hospital vai bombar! Quando eu cheguei com a encomenda de tá no território eu tive contato com o NASF e não tinha o CAPS lá comigo, era ali mesmo! Tinha gente com bicho na perna, faixa suja... O que eu fiz de matriciamento era tá lá... Isso evitou internação, mas o que fiz é matriciamento de NASF.

Ksi: — Eu não tenho que ficar fazendo matriciamento de NASF!

Psi: — Você acha isso mesmo? Hum, hum... É saudável o CAPS fazer matriciamento de NASF?

Delta: — Presença propicia matriciamento... Construir o espaço para a presença e a partir disso vai construir o trabalho matricial...

Psi: — O que é essa presença? Tentar tapar buraco? A vida é cheia de buraco! Como a presença tá ali sem ser uma presença orientada?! NASF acaba se tornando ambulatório, uma tamanha confusão! O que é sustentar o matriciamento do CAPS no território sem tapar buraco?! A atuação política dentro do CAPS é sustentar que há diferença no mundo e isso só vai se os buracos existirem! Isso é um projeto político! Como sustentar isso de tá no território sem tapar o buraco?! Mas a gente também não pode dizer não pra algumas situações!

Ksi: — Há muitas fragilidades... A clínica que a gente é referência trocou de gerência várias vezes e isso dificulta o trabalho. Hoje a gente conversa com o profissional e logo amanhã ele não tá, e a gente não tá conseguindo dá continuidade ao trabalho. A gente tava gatinhando e tinha que começar tudo

de novo! Eu tô preocupada de cair nesses buracos e me atropelar! A gente vê que a pessoa precisa de psicoterapia e não tem na rede...

Delta: — É preciso barrar a entrada aqui no CAPS e dar continuidade ao cuidado lá. Tinha essa coisa da gente fazer busca ativa obsessiva. Dzeta nesse processo foi muito importante. Tem gente que se organiza na vida, e por que tá aqui? Senão vira CAPS-Babá!

Ômega: — Quando eu tava no território, eu tava preocupado em esvaziar, foi efetivo pra diminuir a demanda de internação e pro CAPS. Quem vai matriciar? Se a gente não separar o trabalho com o NASF não vai sustentar, tem que ter a equipe do NASF presente no território.

Beta: — Entrei na clínica da comunidade que não tinha NASF... Tem a diferença do CAPS pro NASF, mas não sei bem qual é... Quando comecei, a Ingrid coordenava a área programática, fiz capacitação com ela. Quando saí do NASF pra vir pra cá pro CAPS a proposta tava mudando... Eu tava no NASF e a coisa tava mudando... Tiraram a sala e já não podíamos atender nos grupos.

Ômega: — É muito difícil toda essa situação!... A gente que trabalha na rede pública, a gente não trabalha só por dinheiro, por salário, a gente trabalha porque a gente acredita em alguns princípios, a gente trabalha porque a gente acredita no SUS...

A equipe do CAPS encontra-se imersa em uma dinâmica institucional que excede o espaço interno do próprio serviço, uma dinâmica que implica diretamente nas relações que vão se estabelecendo entre os dispositivos presentes na rede, e que interfere no modo particular como a equipe vem se organizando para cumprir seu mandato institucional, isto é: ocupar-se com os casos que apresentam gravidade clínica ( psicoses e neuroses graves, com persistência do quadro) e vulnerabilidade social, evitando as internações psiquiátricas e a cronificação dos pacientes.

A equipe tenta ajustar-se ao contexto que se apresenta na rede — a necessidade de apoio matricial às equipes da ESF que nunca contaram, ou não mais contam com o suporte do NASF —, mas que ao mesmo tempo não a distancie do seu objetivo primeiro de investimento nos casos complexos e/ou em crise.

Tenta colocar-se ao lado das equipes da ESF, orientando-as na condução dos casos de saúde mental que se apresentam neste nível de atenção em saúde, considerada a porta de entrada mais adequada da rede de saúde (BRASIL, 2011a, p.29), mas sem negligenciar a continuidade do cuidado aos casos inseridos e em acompanhamento no CAPS, casos que muitas vezes demandam esforços da equipe.

Parece haver com os profissionais, por meio da supervisão, uma tentativa para se equilibrarem entre os ditames institucionais, as forças que atravessam o cotidiano do serviço e provocam uma reconfiguração das práticas de atenção em saúde mental com a população assistida no território, como Psi nos faz despertar: “— Mas a gente não pode dizer não pra algumas situações!”.

Ditames de um novo cenário que podem vir a desmanchar as formas, os modos de atuação da equipe até então observados na condução dos casos acompanhados em serviço, havendo o risco iminente da dissolução das antigas práticas, mas que também podem vir a abri-la para a produção de outros modos de cuidado com a mesma população assistida. Utilizo-me de Campos (2015) para lapidarmos a matéria bruta, dura, que a nós tem se apresentado:

Os grupos e Sujeitos estão frequentemente submetidos a necessidades, contratos e projetos que pouco incluem de seus desejos e interesses, o que lhes diminui a capacidade de investir nos objetivos e sobre o objeto nuclear desses projetos. No entanto, o bloqueio da vontade não produz necessariamente imobilidade [...], porque ao sujeito é característico a capacidade de desenvolver formações reativas e também projetos de mudança da situação incômoda (CAMPOS, 2015, p.83-84).

Campos (2003) com seu método Paideia, ou método da roda, pode nos servir de auxílio na elaboração de um conhecimento valioso, a partir das experiências da equipe com o trabalho de matriciamento, no contexto atual e desafiador em que se encontra.

O autor resgata o conceito “Paideia” da Grécia Clássica, que consistia na formação integral do homem, do cidadão da pólis (cidade), apontando-nos os diversos aspectos que compõem a formação dos trabalhadores da saúde na atualidade, e principalmente a importância da participação direta destes na construção do trabalho, como cogestores nos processos de trabalho.

Para o autor, entre o “agir segundo regras” — um “agir sobre” as pessoas, prescritivo, que desconsidera a participação delas nos processos de organização do trabalho — e o chamado “agir estratégico” — um “agir com” as pessoas, considerando-se seus desejos, valores e expectativas envolvidos nos mesmos processos — haveria uma terceira possibilidade intermediando estas duas vertentes, o “agir Paideia”, isto é:

Os processos de trabalho na saúde coletiva não se resumem à mera prescrição de normas já estabelecidas, a uma conduta a ser seguida pela população, mas devem ser, ao mesmo tempo, produto da participação direta das pessoas na construção de novas relações sociais no campo da saúde, considerando-as, portanto, integralmente como agentes transformadores (CAMPOS, 2003, p.25).

Deste modo, percebemos pelo “agir Paideia” que nos espaços de produção da saúde é fundamental considerarmos os desejos, expectativas e valores de todos os atores sociais envolvidos com os processos de trabalho, de acordo ao

que Ômega nos aponta em reunião de equipe: “— A gente que trabalha na rede pública, a gente não trabalha só por dinheiro, por salário, a gente trabalha porque a gente acredita em alguns princípios, a gente trabalha porque a gente acredita no SUS...”.

É na prática, quando da ação dos sujeitos, que ocorre a composição de desejos e interesses de um grupo ou de um sujeito com desejos e interesses advindos de outros sujeitos ou grupos. Reelaborados sob a forma de necessidades sociais e compromissos a serem atendidos; cristalizados em organizações/instituições e inscritos em projetos que os tornem factíveis (CAMPOS, 2015, p.85).

Este mesmo autor utiliza-se da imagem da roda para nos mostrar que, na proposta do método Paideia, não se trata apenas de divulgar as informações entre os trabalhadores da saúde, mas de trazê-los para a discussão, por meio de uma circulação de afetos, trazê-los à produção de um conhecimento que aumente a capacidade de intervenção e de decisão por parte de todos os participantes dos processos de trabalho, frente aos desafios que se apresentam no cotidiano dos serviços (CAMPOS, 2003, p.30).

O método Paideia sugere valer-se do vínculo para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas. Os agrupamentos tendem a um comportamento repetitivo, temem a mudança e vivem segundo padrões mais ou menos fixos: as estereotípias, papéis fixos. Daí, resulta a impotência das pessoas, a dificuldade em mudar o contexto e a si mesmo. Um manejo adequado do vínculo pode apoiar o grupo a enxergar a própria impotência e a descobrir novas maneiras de enfrentar velhos problemas (CAMPOS, 2003, p.29).

Há uma demanda no território endereçada ao CAPS, uma direção de trabalho apontada pela gestão. Direção sustentada pelo imperativo do próprio território, sustentada pelas necessidades da população dirigidas aos serviços, exigindo da equipe do CAPS uma resposta, um reposicionamento frente à precariedade de recursos observada na rede. Esta realidade socialmente produzida força a equipe do CAPS a procurar possíveis saídas para os impasses que se apresentam.

A equipe procura apropriar-se das forças presentes em campo, por meio da discussão empreendida, tentando dobrar-se com elas em novos modos de subjetivação, tentando dobrá-las para a elaboração de um conhecimento no território da clínica de atenção psicossocial que seja uma arma<sup>48</sup> potente no enfrentamento aos desafios colocados.

---

<sup>48</sup>Sobre o assunto, recomendo Deleuze & Guattari (2012b). Os autores fazem uma distinção entre ferramentas e armas (Ibid., p.77). As ferramentas nos remetem à imagem do agricultor com seu trabalho sedentário, fixado à terra. O agricultor produz estrias na terra com o uso das ferramentas, em um trabalho normatizado, capturado pelo Aparelho de Estado, remetendo-nos a uma interiorização

O reconhecimento de que há coprodução de Sujeitos e de Coletivos a partir da vida cotidiana. O trabalho em equipe como setting pedagógico e terapêutico, o fator Paideia. [...]. Este é o cerne da metodologia Paideia. Na verdade, reconhecimento de que a cogestão é tributária tanto da produção de subjetividade e de suas manifestações, quanto do modo de educar e conformar sujeitos. E do modo de funcionamento das sociedades e de suas relações de poder (CAMPOS, 2015, p.79).

Lanço-me a esta roda que continua girando entre os profissionais, em circulação de afectos. Tento entender e explorar com as entrevistas individuais, quais as diferenças e similaridades que possa haver entre o matriciamento realizado por um profissional inserido em uma equipe de um CAPS, e o realizado por um profissional inserido no NASF. Quero observar com as entrevistas quais os sentidos que são dados para esta distinção que tentam traçar:

Pesquisador: — Eu tenho achado muito interessante essa discussão que está sendo feita sobre essa distinção entre o matriciamento do CAPS e o matriciamento do NASF. Lembro que esta discussão era muito forte em 2011, quando eu tava no estágio e o NASF tava começando ainda, e acho interessante que dez anos depois essa discussão retorna com muita força... Eu tô tentando entender mesmo esta diferença... Como que você tem visto isso? Como você tá vendo essa discussão nesse momento?

Gama: — [...] Ficou um pouco misturado, né? O que é matriciamento de NASF, o que é matriciamento de CAPS, né... Isso acho que ficou um pouco embolado. Eu me vi matriciando pacientes e tendo que encaminhar pra mim mesmo... Num sei... Entendeu? Porque era aquela lógica da gente matriciar os casos que talvez seria papel do NASF... E a gente ficou um pouco assim... Assim... Eu acho que ficou confuso. Pelo menos pra mim num momento!

Sigma: — Eu acho que a diferença do CAPS pro NASF apareça quando a demanda do sujeito matriciado não é só para o serviço destinado para a saúde mental, quando é... Esse sujeito, ele precisa, vamos dizer... Tem um câncer, por exemplo, e aí o NASF, com o trabalho que eles têm, consegue, vai conseguir, é... Dar continuidade a essa... A esse direcionamento, é... Por uma alta complexidade, e aí, até ali o CAPS foi, meio que até aqui “O Senhor nos ajudou!” ...[risos]. Até aqui o CAPS foi, daqui pra lá o NASF... [risos]. Entendeu?! Eu vejo desse jeito...

Teta: — Olha... Eu fico bem perdida com o matriciamento, com o que querem da gente .... Mas, o CAPS eu vejo que vê os casos mais graves, vai conversar sobre os casos mais graves, os casos que são mais vulneráveis. Já o NASF acompanha aqueles casos mais leves.... Mas isso não é claro pra mim, não! Acho que eu preciso ler mais, ir na literatura mesmo pra entender! Mas, pra mim, matriciamento é comunicação...

Upsilon: — Os matriciamentos do CAPS eles têm mais acesso, por exemplo, com as redes de saúde mental especificamente, então, tem um pouco dessa diferença, que eu vejo que, a... A realidade ali se tá lidando mais com o paciente de saúde mental grave, num certo sentido, até pela demanda do CAPS, né, então assim, a proposta do CAPS é: num vai chegar um paciente lá com ansiedade pra ser atendido, esse paciente vai ser atendido na atenção básica ou num ambulatório, né, de certa forma,

---

(Ibid., p.105). Já as armas nos remetem à imagem do guerreiro e aos povos nômades, que as utilizam como projéteis, em um movimento que os lança ao exterior (Ibid., p.77-78), mirando um alvo a ser atingido, para além das fronteiras e dos aparelhos de captura do Estado. Deslizam pelos desertos movediços em movimentos inconstantes que transmutam a vida, lançados aos fluxos, velocidades, intensidades e devires (Ibid., p.109). Interessante observar, por exemplo, uma das colocações de Psi na reunião: “— Vamos precisar construir ferramentas clínicas pra lidar com tudo isso!”.

então, justamente assim, por tá com casos graves, eu acho que a rede do CAPS, ele também faz rede também com, com a atenção básica, mas faz muito mais rede com o hospital psiquiátrico, a emergência, os outros CAPS(s), então assim... Já tem ali o histórico dos pacientes, assim, muitas vezes se sabe melhor, né, são pacientes que tavam lá... Por isso que eu acho que tem essa diferença, até pela própria realidade mesmo. Agora, é... O NASF mesmo estando dentro da atenção básica, você acaba vendo de tudo quanto é paciente, entendeu?!

Iota: — Pra mim, eu acho que quem matricia, matricia... É... Eu também, eu também quando ouço falar nisso, assim, eu também fico me perguntando... Eu acho que tem uma diferenciação na prática, na execução, mas não no sentido da ação, entendeu? ... Pra mim, o sentido da ação, é, é poder transformar o caso, é... Em... Em vida, sabe?! Em formulação e reformulação de vida, sabe?! E isso você faz seja numa posição CAPS, seja numa posição NASF, é... [...] Então, essa, essa, essa fala também, ela, ela me causa espanto, essa coisa de que tem diferença... Quem faz matriciamento no CAPS, pra mim... [risos]. Pra mim, é... Se foge aos princípios básicos do matriciamento, então tem que, tem que vê o que tá fazendo mesmo, né, como tá fazendo?!... (Trechos selecionados de entrevistas).

Os diferentes posicionamentos entre alguns membros da equipe nos distintos espaços chamam nossa atenção: a reunião de equipe do CAPS e as entrevistas individuais. Na reunião, há um esforço por parte de alguns técnicos tentando traçar uma distinção mais precisa no *modus operandi*, nas atuações e práticas que se esperam de um profissional que realiza o trabalho de matriciamento, conforme este esteja vinculado ao serviço-CAPS, ou ao serviço-NASF, a depender, portanto, de um vínculo específico de trabalho.

Alguns na reunião de equipe do CAPS se colocam e parecem ter esta distinção já demarcada, ao dizerem, por exemplo: “— Eu não tenho que ficar fazendo matriciamento de NASF”; “— Mas o que eu fiz é matriciamento de NASF”. Porém, a profissional Beta afirma, na mesma reunião, que esta distinção não está nítida para ela, apesar de sua experiência de trabalho anterior com o NASF, provavelmente nos apontando que as experiências são válidas, mas não determinantes em um trabalho de permanente construção e redescobertas.

Nas entrevistas individuais a falta de compreensão e de clareza sobre a especificidade do trabalho de matriciamento realizado pelos diferentes serviços, aparece de modo mais expressivo, apesar de alguns dos entrevistados apontarem que: o CAPS, por ser um serviço especializado, irá se ocupar com os casos mais graves e complexos; e o NASF, por ser um serviço diretamente vinculado à ESF, irá se ocupar com os casos mais leves e moderados (depressão, ansiedade, fobias, lutos, etc.). Este aspecto observado dá-nos margem para perceber que a realização do matriciamento não se faz em seguir unicamente a normativa, mas em abrir-nos para experimentações que propiciem descobertas.

Tanto na reunião, quanto nas entrevistas, há um esforço, uma tentativa para elaborar, formular um conhecimento sobre um tema que gera incômodos e que provoca a equipe: “Tema é um assunto, uma coisa que incomoda, um problema, uma situação que provoca risco à saúde. O tema deve emergir, ser construído por algum coletivo” (CAMPOS, 2003, p.30).

A equipe se percebe imersa em um campo de forças que incidem sobre ela, precisando se apropriar dessas mesmas forças para produzir novas práticas de cuidado com os poucos recursos disponíveis, por meio do matriciamento. Mas, ao mesmo tempo, tentando compreender a dinâmica que se processa, sem ainda uma visão e compreensão mais amplas do contexto que se apresenta.

A equipe corre o risco de fechar-se em si mesma, corre o risco de ficar “agarrada” a especificidade de um serviço, sem perceber que o trabalho com o matriciamento pode ser uma possibilidade para pensar alternativas de cuidado com a ESF, aos casos de saúde mental que se apresentam no território, independentemente do caso apresentado ser leve, moderado ou grave.

Em documento recente, publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), com o intuito de orientar os profissionais no trabalho de matriciamento em saúde mental com a AB, podemos constatar e repensar nossas práticas:

Alguns autores tentam fazer distinção de tratamento de transtornos mentais leves e moderados pela AB e graves e persistentes pelo CAPS, mas essa divisão não encontra um respaldo evidente nas atividades práticas, pois a AB e o CAPS podem funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde, embora a coordenação do cuidado deva ser da AB, como estabelecem os seus princípios (BRASIL, 2019, p.11-12).

Contudo, a equipe do CAPS também pode abrir-se, entendendo que se não houver o compartilhamento do cuidado com a ESF — dentro das possibilidades dos serviços atuantes, daquilo que é possível a cada momento — muitos dos casos de saúde mental que dão entrada na clínica, hoje considerados de leve a moderados, podem futuramente ser encaminhados ao CAPS em condições desfavoráveis, de maior fragilidade, após internações psiquiátricas, por exemplo.

Ômega, em reunião de equipe, nos convida a pensar: “— Se não vamos ao território o hospital vai bombar! ... Quando eu tava no território, eu tava preocupado em esvaziar, foi efetivo pra diminuir a demanda de internação e pro CAPS”.

Novamente recorro a Guattari (1987), trabalhando com os conceitos de “grupo sujeito” e “grupo sujeitado”, percebendo que todo grupo comumente oscila

entre: um posicionamento mais ativo, procurando descolar-se dos determinismos e das imposições das forças do “fora” para ampliar o olhar sobre o contexto, construindo novos projetos; e uma postura mais reativa, procurando defender-se das mesmas forças que nos exigem reposicionamentos, sem ampliar o seu olhar, e, deste modo, reproduzindo as mesmas falas, a mesma lógica de funcionamento.

O autor faz uma distinção entre grupo sujeito e grupo sujeitado: este, “sofre hierarquização por acomodação, limitando-se às palavras de ordem”, é o grupo que não acolhe sua própria finitude, não se abre às mudanças necessárias que o desenrolar dos acontecimentos e o tempo exigem; aquele, “opera o desapego a uma hierarquização das estruturas que lhe permitirá se abrir para além dos interesses do grupo”, é o grupo que chega a enunciar algo porque assume uma postura crítica sobre si mesmo, acolhendo sua própria finitude e a necessidade de novos posicionamentos, conforme o contexto (GUATTARI, 1987, p.92, p.107-108).

No entanto, um grupo sujeito pode se tornar um grupo-submetido e vice-versa. Trata-se mais de pontos de referência, pois um grupo sujeito sempre pode preferir, ao ferver da criatividade e à insistência da perspectiva de dissolução, um enclausuramento securizante, enquanto um grupo submetido, devido a conjunturas históricas e/ou grupais, pode chegar a uma palavra verdadeira (VIDAL, 1986, p49).

Tenho observado, por meio das colocações dos profissionais, que nenhum grupo será a todo momento “sujeito”, no sentido de abrir-se plenamente ao contexto em que se encontra, aberto às mudanças, procurando ampliar a visão para ter o “controle de sua própria conduta”; assim como, não será sempre “sujeitado”, cego ao mesmo contexto e, portanto, limitado às determinações de instâncias superiores, fechado-se em si mesmo, na mesma forma de atuar, como tentativa de autopreservação.

Campos (2015, p.107-108) realiza uma leitura crítica sobre os referidos conceitos, sustentando assim sua metodologia de trabalho:

Por último, existiria um Sujeito Desalienado? Tal posição seria sustentável de uma perspectiva humana? Óbvio que não há Ser lúcido de todo. Todo ser humano é tributário de alguma cegueira, de algum não saber ou de algum descompromisso com o princípio de realidade. [...]. Então, o Método da Roda opera com graus ou com coeficientes de desalienação ou de análise possível. Desalienar-se em um grau suficiente para não se perder na determinação absoluta do instituído ou do passado; ou tampouco, no caos da destituição completa, lugar em que o humano equivaleria a uma partícula, indecifrável.

A equipe, ao tentar traçar a distinção entre um “matriciamento-CAPS” e um “matriciamento-NASF”, parece dividir-se entre as tensões do campo: de um lado, tendendo a recuar frente a um projeto de cuidado compartilhado com os casos

de saúde mental que se apresentam na ESF, mas que ainda assim a deixaria em contato com suas fragilidades e limites, com suas incertezas; de outro, a demanda que lhe é endereçada, convoca a equipe a lançar-se ao mesmo projeto, em permanente construção, podendo descobrir pontos fortes que a façam redimensionar o seu trabalho e potencializar o cuidado no território, sem, contudo, superar a imprevisibilidade da própria vida, as incertezas e impotências da equipe diante de algumas situações.

Seja para qual dos lados tendemos, estamos fadados a conviver com as nossas angústias, angústias inerentes a todo “projeto de felicidade” ao qual nos propomos (AYRES, 2009, p.94). Aprender a conviver dia a dia com a angústia desse nosso não-saber, em tantos momentos da vida, e a lidar com “o medo existencial de fracassar” em nossos projetos (ROLNIK, 1989, p.49). Medo tão comum em cada um de nós e igualmente presente em todo grupo de pessoas, em toda equipe que se lança a um projeto de cuidado.

### **3.5 &. O que poderá um CAPS III com o matriciamento?**

Há na atualidade um movimento na Cidade do Rio de Janeiro, ainda que lento, de passagem dos CAPS (s) II para CAPS (s) III, passando o serviço a contar com uma equipe interdisciplinar maior e funcionando vinte quatro horas por dia, nos dias úteis e nos finais de semana e feriados, oferecendo leitos de acolhimento noturno para atenção à crise.

Um movimento que tem suscitado muitas discussões entre diversos profissionais de saúde e gestores envolvidos com estes cenários de transformações. Pretende-se com o movimento fortalecer a lógica de um cuidado territorializado, investir na atenção à crise sem retirar os usuários dos seus referenciais subjetivos, ao mesmo tempo desafogar os leitos em hospitais psiquiátricos, vindo a dirimir sua estrutura, sua existência nos cenários da saúde.

No entanto, com tal movimento de expansão dos CAPS III na Cidade do Rio, há uma discussão atrelada em relação ao matriciamento em saúde mental, de como os novos CAPS III poderão ampliar o cuidado no território por meio do trabalho de matriciamento com a ESF e de como sua presença reconfigurará a rede de

atenção psicossocial. Há alguns debates e conversas acontecendo, interrogações feitas a respeito das mudanças, que procuram antecipar se a presença dos CAPS III interferirá na organização do matriciamento nos territórios em que este trabalho é compartilhado com o NASF.

Procurei explorar com alguns entrevistados/entrevistadas qual a possível relação entre a expansão dos CAPS (s) III e a oferta do cuidado no território por meio do matriciamento, a relação que possa haver nestes cenários de transformações com o trabalho de matriciamento em saúde mental realizado no mesmo território. Prestemos atenção nas respostas encontradas:

Pesquisador: — Como você tem visto essa discussão na atualidade sobre a passagem dos CAPS (s) II para CAPS (s) III, como a gente tem observado aqui no CAPS, você acha isso válido? Você acha que isso pode mudar algo pra gente aqui?

Gama: — Eu acho que qualifica, eu acho que dá uma possibilidade da gente cuidar melhor, mas também pode ser uma armadilha... Eu acho que a gente pode cair na lógica meio manicomial, né, porque achar que o acolhimento no leito III, servir como uma internação permanente, e a gente pode também cair nessa armadilha, né, aquele paciente que vicia internando, né, não vai se internar no hospital psiquiátrico, mas vai viver no leito III, não deixa de ser uma... Mas acho que qualifica o trabalho, eu acho que tem pacientes que não necessitaria tá num hospital se tivesse leito III, né, que eu acho que a gente pudesse cuidar mais perto, eu acho que evitaria tá no hospital...

Dzeta: — Eu tenho medo da tendência de isolamento, né, de uma tendência de achar que não precisa mais buscar, né, os outros, né, sabe?! ... De ilhas, né, de CAPS(s) que se transformam em ilhas porque ali tudo se resolve, sabe?! ... E aí acaba, é... Por exemplo, essa, essa, essa, esse *link* entre setores que já é tão difícil, né, é... Se manter por “n” coisas, é... Se transformar uma maneira mais prática de exercitar aquilo que a gente acredita de boas práticas, tá... Porque a tendência, tem uma tendência ao isolamento, né, por exemplo: você não tem que conversar com um CAPS pra pedir um acolhimento, é, isso é muito ruim! Porque você deixa de, de conversar, sabe, com o outro, né, com quem tá fora, né, a clínica fica meio que amputada, se você não conversa, se você não fala, então não tem quem escute, então, naturalmente, você corre risco também de ser ouvido surdo, né... É... Eu tenho medo, assim, dessas, mas é... Mas eu não tô dizendo que o CAPS III não é uma boa ideia, né, de, de ampliação de cuidado, ele é, ele é uma ótima ideia! ... É... Meio de que eu acho que é isso, depende de como se empodera desse, instrumento... Não o dispositivo que é bom, ou não é bom, mas o modo como a gente se apropria, né?!... (Trechos de entrevistas).

Dias após, uma outra entrevistada considera a expansão dos CAPS (s) III em relação ao trabalho de matriciamento, pensando comigo, tentando encontrar uma resposta para as mudanças que começam a ocorrer. Uma resposta que parece confirmar, até ilustrar, a necessidade de cautela apontada pelos entrevistados anteriores:

Pesquisador: — Como você tem visto essa discussão da passagem dos CAPS (s) II para CAPS (s) III? Você acha isso válido? Você acha que isso pode mudar alguma coisa em relação ao matriciamento com as clínicas?

Ômicron: — Olha... Eu acho que CAPS III vai melhorar o atendimento, no cuidado, porque o paciente fica no hospital internado e tem um tempo pra ficar, até porque tem mais gente e precisa de vaga. Aqui, como CAPS III, a gente vai poder estender um pouco mais o tempo... A equipe já conhece o caso, e ajuda... Acontece às vezes da equipe, do médico do CAPS não concordar com a medicação do paciente na internação, do médico da internação, então aqui a equipe já conhece, já acompanha.... Mas, em relação ao matriciamento acho que CAPS III não vai mudar muito, não! Mas, pera aí... Acho que, por exemplo, já aconteceu de a gente ir à clínica para fazer o matriciamento e precisar chamar vaga zero pra internação, e é difícil sair vaga, demora, e com o CAPS III vai ser diferente... A gente às vezes já conhece o caso, já acompanha, e é mais fácil vir para o CAPS, para o leito... (ômicron, em trecho de entrevista).

Muitos na equipe estão atentos às mudanças e aos efeitos que poderão ser provocados no cotidiano do serviço, nas relações de trabalho que este estabelece com os demais serviços da rede, caso o serviço venha a se tornar um CAPS III. Cientes das responsabilidades envolvidas nas práticas de cuidado com o sofrimento psíquico presente na realidade do território com o qual o CAPS se ocupa.

Gama e Dzeta reconhecem a importância do movimento de expansão dos CAPS III na Cidade do Rio, como possibilidade para ampliar e ofertar o cuidado integral, viabilizar o cuidado territorializado junto à população, mas alertam para os usos que faremos com este recurso, para os riscos de reproduzirmos a antiga lógica da estrutura manicomial, em intervenções precipitadas e respostas imediatas, impensadas, que acabam, muitas vezes, por causar o isolamento do serviço.

Neste sentido, todas as respostas encontradas nos chamam a atenção para a necessidade de estarmos atentos para os efeitos produzidos a partir de nossas intervenções, procurar sempre observar melhor a que demandas e necessidades em saúde de fato estamos atendendo — ou podemos vir a atender, ou mesmo convém atendermos! — sem assim incorremos no perigo de reproduzirmos o contrário daquilo a que nos propomos, de nos distanciarmos do nosso mandato inicial de Desins da loucura, ou seja: nenhum serviço de saúde é autossuficiente no acolhimento à complexidade de uma vida que se encontra em crise.

### **3.6 &. Um encontro para uma análise da implicação**

O medo cega, disse a rapariga dos óculos escuros, São palavras certas, já éramos cegos no momento em que cegámos, o medo nos cegou, o medo nos fará continuar cegos, Quem está a falar, perguntou o médico, Um cego, respondeu a voz, só um cego, é o que temos aqui. Então perguntou o velho

da venda preta, Quantos cegos serão precisos para fazer uma cegueira. Ninguém lhe soube responder (SARAMAGO, 1995, p.131).

[...] Por que foi que cegámos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegámos, penso que estamos cegos, Cegos que vêem, Cegos que, vendo, não vêem. (SARAMAGO, 1995, p.310).

Trechos do Romance *Ensaio sobre a cegueira*, do escritor *José Saramago*.

Hoje acordei com alguns pensamentos, a partir de vivências anteriores como psicólogo matriciador em uma CF, inserido em uma equipe de um CAPS localizado na Cidade do Rio de Janeiro. Os últimos acontecimentos em campo, reuniões e entrevistas, têm suscitado muitos pensamentos em mim, fazendo-me reviver algumas experiências anteriores, ajudando-me a repensar alguns pontos deste trabalho, a estender um pouco o meu olhar.

Desde a semana passada, após a reunião no CAPS sobre o matriciamento, há um encontro virtual agendado para hoje, no fim desta manhã, entre os profissionais matriciadores da miniequipe do CAPS, miniequipe Demanda, e a enfermeira da CF responsável por organizar o trabalho de matriciamento na clínica.

Um evento que se divide em dois momentos: no primeiro, uma conversa entre os profissionais de ambos os serviços, para realinhar o trabalho; no segundo, uma conversa somente entre os profissionais do CAPS, logo após a saída da enfermeira, na mesma sala virtual.

Uma manhã ensolarada que transcorre tranquilamente, mas que no fim parece turvar um pouco nossos ânimos, expressos em alguns diálogos que se sucedem.

Primeiro momento:

Épsilon: — Os casos que acolhemos e estão estabilizados precisam voltar pra clínica, se precisar pra SISREG com regulação de vagas para psicoterapia. Antes da entrada do psiquiatra do NASF, os casos vinham direto pra gente, mas agora precisa filtrar os casos para discussão com a gente. Os casos com maiores dificuldades, vocês vão precisar continuar conversando conosco, que são aqueles casos que você vai precisar nos acionar antes mesmo da conversa com o psiquiatra do NASF.

Ômicron: — Estivemos esse tempo sustentando o trabalho com vocês, mas estamos num momento que o matriciamento vai precisar ser mais de suporte e menos de NASF, numa outra lógica mesmo de matricular, para que a equipe do CAPS possa atender as crises do serviço. Mas a gente vai manter a dupla de matriciadores pra que continuem dando a direção que precisa ser dada... Acho que na verdade teria sido mais interessante terem contratado um psicólogo pelo NASF no lugar do psiquiatra. Com o psiquiatra do CAPS a gente poderia continuar dando um suporte, e o psicólogo tentando construir algo com vocês na própria clínica. É difícil pra gente ceder, de estar mais presente na pandemia, mas continuamos junto com vocês, principalmente acolhendo os casos mais complexos, isso vai continuar!

Rô: — Sim, eu reconheço que um dos objetivos do matriciamento é mesmo reduzir a chegada do usuário ao CAPS, só que a rotatividade muito presente na clínica exige da gente tá sempre refazendo o trabalho, a todo momento me vejo tendo que fazer isso!

#### Segundo momento:

Ômicron: — É difícil pra mim. Não tem como a gente tomar tudo que é caso que aparece, ficar absorvendo demanda e mais demanda, mas também é complicado este lugar de ficar dizendo não, mas é necessário, é uma forma de qualificar o cuidado na ponta!

Pi: — Sim, este tema de matriciamento é bem complicado!... São muitas visões... Eu, por exemplo, trabalhei em um lugar que o quê eu fazia me acusavam de não fazer matriciamento: consulta conjunta não era matriciamento, pra eles era só discussão de caso e pronto! Não estou dizendo que esse CAPS faça isso, não! Acho que a gente não tem mesmo que assumir tudo, tapar buraco, se não quem vai adoecer somos nós! Mas o que eu fico chateado é que a gente acolhe o caso, trabalha, há uma melhora, aí manda de volta pra CF, e a gente sabe que a rede tá precária, e o caso fica solto por aí, piora e acaba retornando pro CAPS pior ainda de como chegou...

Ômicron: — Eu sei... Mas aí você tá apontando uma coisa que não é do CAPS, são as fragilidades da própria rede.

Pi: — Certo, concordo, mas o que podemos fazer nisso? Não assumir tudo, mas também não virar as costas pra o que tá aí na rede, para o que aparece na clínica?!...

Ômicron: — A gente vai precisar ver mesmo o caso a caso, encontrar um meio termo nisso aí... (Diário de campo).

Os pensamentos que compõem meu corpo atuante são as forças em campo que me atravessam, este mesmo corpo que ocupa um lugar na dinâmica institucional. Este corpo/lugar não é apenas de um pesquisador em um programa de pós-graduação, de um cartógrafo, como prefiro dizer, é também o corpo de um trabalhador da saúde afetado por muitas questões em relação ao matriciamento em saúde mental, a partir de vivências anteriores.

Diversas vezes eu dizia, enquanto matriciador, que a gestão procurava utilizar os CAPS(s) para “tapar os buracos da rede”, das unidades da ESF que não contam com o suporte do NASF. Hoje me encontro com vozes outras que levantam críticas nesta mesma direção, vozes que nos dão a impressão de se articularem numa enunciação coletiva.

A implicação deseja pôr fim às ilusões e imposturas da “neutralidade” analítica, herdada da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o “novo espírito científico”, o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo (ALTOÉ, 2004, p.82-83).

Em autocrítica, arrisco-me a dizer que se tratava, de minha parte, de um modo de funcionamento defensivo, numa postura reativa: uma tentativa de me preservar frente aos desgastes inevitáveis, provocados por diálogos tantas vezes

difíceis entre os serviços da rede, de um trabalho sempre em vias de reconstrução, e faço agora, também meu, o desabafo da profissional Rô: “a rotatividade muito presente na clínica exige da gente tá sempre refazendo o trabalho, a todo momento me vejo tendo que fazer isso!”.

Penso que precisamos estar atentos para os efeitos que se produzem com o modo como nos colocamos, como intervimos, a partir daquilo que chegamos a pronunciar: ao reforçarmos a distinção de um matriciamento realizado por um profissional inserido em um CAPS, em relação ao realizado por um profissional inserido no NASF, podemos acabar traçando uma divisão em um trabalho que se propõe congregar os serviços da rede em uma construção compartilhada, e não os dividir, separá-los; podemos cair no perigo de produzirmos o contrário daquilo que nos é proposto com o trabalho de matriciamento.

Pesquisas anteriores nos mostram, por exemplo, o matriciamento como uma alternativa de trabalho para neutralizar a cultura das especializações que acabam por fragmentar os processos de trabalho e as práticas de atenção em saúde no que tangem à produção do cuidado:

O apoio matricial exige habilidade por parte dos profissionais no que se refere à abertura para a troca de saberes e para a construção conjunta de condutas clínicas. Dessa forma, o matriciamento poderá auxiliar no rompimento da lógica que fragmenta o cuidado, o modelo centrado nos especialismos, apostando na atenção integral, o que é fundamental para a atuação na saúde mental coletiva (MINOZZO; COSTA, 2013, p.77-78).

O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho, modos para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento (CAMPOS; DÔMITTI, 2007, p.402).

Não desconsidero que há uma distinção entre os serviços nas suas especificidades, de acordo com o lugar que ocupam nos níveis de atenção em saúde (primário, secundário, terciário), daquilo que se espera de seus objetivos, e de acordo com o contexto sociopolítico em que são produzidos.

No entanto, reforçar esta distinção pode provocar divisões, parecendo-me efeitos de linhas duras em nós, linhas que operam no plano de organização da vida, cindindo os fluxos com os quais o trabalho de matriciamento vai se compondo, compondo-se no plano de imanência dos acontecimentos (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p.63).

Linhas duras que operam cortes, que segmentam os corpos e os processos de trabalho em sistemas “redutores-binarizantes”: rico/pobre;

homem/mulher; preto/branco; criança/adulto; e porque não dizer “matriciamento-CAPS/matriciamento-NASF?! Capturando-nos em representações separadas dos fluxos da própria vida que transcorre, podendo nos distanciar do nosso desejo enquanto força produtora, da nossa potência de criação, em um trabalho que nos exige, inúmeras vezes, inventividade:

As coisas nunca são tão simples assim. Quando as reduzimos a categorias branco/preto ou macho/fêmea, é porque estamos com uma ideia de antemão, é porque estamos realizando uma operação redutora-binarizante e para nos assegurarmos de um poder sobre elas (GUATTARI, 1987, p.36). Desejo de um lado, política de outro, este é um efeito de binarizações endurecidas que insistem em esmagar o caráter produtivo do desejo em códigos conformistas, que impedem sua potência de explorar a invenção (BARROS, 2007, p.217)

Por último, e não menos considerável, retomo a colocação do profissional Ômicron na reunião com a CF, ao apontar a necessidade de o CAPS reconfigurar o matriciamento com a CF, visando a uma maior disponibilidade de tempo para a equipe do CAPS poder atender com mais atenção às crises de alguns dos casos acompanhados no CAPS. Reconheço a preocupação e a fala do profissional, também como minhas, em vários momentos durante meu desempenho enquanto psicólogo matriciador inserido em um CAPS.

Havia uma preocupação constante comigo em, investindo com a ESF nos casos em acompanhamento na CF, acabar descuidando dos casos graves e complexos em acompanhamento no CAPS, designados a mim como referência profissional no cuidado.

É ainda bastante comum, em falas coloquiais, demarcarmos uma bifurcação ilusória nos casos de saúde mental entre um “dentro” e um “fora”, ou seja: dentro, seriam aqueles casos que são absorvidos formalmente no CAPS com abertura de prontuário; e fora, seriam os casos em discussão com outros serviços da rede, por exemplo, e nos quais não se há ainda o entendimento como demanda para acompanhamento no CAPS.

No entanto, alguns autores nos levam a perceber (DELEUZE, 2013; HUR, 2019) que a ideia de um “dentro” e de “um fora” é uma aparência que pode iludir nossos sentidos, pois o que se observa na imanência da vida, no desenrolar dos acontecimentos, são planos de atuação que se interpenetram a todo instante. De repente, podemos visualizar, em alguns momentos e situações viáveis, o matriciamento como possibilidade de investimento do CAPS nos casos que estão

em crise no território, de produção de saúde para além do espaço físico do serviço-CAPS, ampliando assim o cuidado no e com o território:

Dentro é dentro, e fora é fora, para sempre. Entretanto, esta é uma situação idealmente paranoica. O dentro nunca será impermeável ao fora. E o dentro nunca escapará ao contato com os múltiplos foras. As coisas e as pessoas estão em relação permanente, mesmo quando o projeto institucional tiver orientação nitidamente voltada para a reprodução (CAMPOS, 2015, p.106). Quando emergem situações de crise no território, o matriciador deve ser acionado para que possa decidir, junto à equipe da ESF, o que precisa ser feito. É importante que este profissional, caso seu turno de trabalho possibilite, faça a abordagem ao usuário em conjunto com os membros da equipe (COELHO... et.al, 2012, p.13).

Mas, a grande contribuição que o profissional Ômicron nos traz, é justamente nos apontar a importância da flexibilidade no trabalho de matriciamento, colocar-se “entre” os planos que vão compondo o trabalho a cada instante, buscando “o meio termo” como ele mesmo nos diz, pois é no “meio” que a vida “ganha velocidade”, em micropolíticas do cotidiano (DELUZE & GUATTARI, 1995, p.37).

Trabalhar com as linhas flexíveis (de simulação, experimentação), as linhas do “entre” planos (organização e imanência): acolher a complexidade da vida e cada caso na sua singularidade, redesenhando os processos de trabalho, mas sem perder de vista os traçados antes definidos no plano molar de visibilidade, com suas macropolíticas (Leis, portarias, estatutos, regulamentos, normas, etc.).

Ômicron, especificamente, nos convida a transitar entre dois planos: de organização e de imanência dos acontecimentos. Seria insuportável limitar-se a um trabalho meramente burocrático, apenas organizando os fluxos da rede e definindo a condução dos casos que se apresentam de acordo aos padrões e às normas produzidos; assim como, seria angustiante vivermos lançados à imprevisibilidade dos acontecimentos, sem parâmetros que nos orientem nas práticas de atenção à saúde, apenas atendendo às necessidades que emergem, mas sem se ocupar com os efeitos que são produzidos no cotidiano dos serviços.

Chega finalmente uma outra noite em meio a um turbilhão de pensamentos e sensações, mais uma jornada de trabalho com a pesquisa vai terminando... Meu corpo já se rende ao cansaço, com aquelas dores tão costumeiras nas costas, corpo todo inclinado diante da tela do computador, o cansaço já se tornou até meu companheiro, deixo que me embale... Os pensamentos e as dúvidas sobre este trabalho que venho desenvolvendo não me abandonam, sequer por um minuto.

Amanhã será minha última ida ao CAPS para me despedir de alguns usuários do serviço que participam da oficina desenvolvida pela novaicineira que chegou na equipe. Daqui de cima do meu quarto escuto a televisão ligada no telejornal.

Pesquisas apontam intenções de voto entre possíveis candidatos para as próximas eleições presidenciais em 2022, e os ânimos de muitos continuam acirrados entre dois deles: Lula ou Bolsonaro. Ouço também o resultado de pesquisas apontando o número considerável de pessoas que não retornam para tomar a segunda dose da vacina contra a COVID-19, e a ocorrência de internações entre as pessoas que negam a importância da campanha de vacinação.

Daqui a pouco vou esticar meu corpo naquela cama ali, entregar-me a um sono justo, preciso recompor minhas energias para amanhã, afinal de contas, despedidas são sempre difíceis!

Levanto-me para guardar o José Saramago na estante, companheiro inquietante, mas oportuno nestes tempos de pandemia e quarentena. Guardá-lo após uma leitura recente, em meio a tantos outros que me acompanharam nestas jornadas diárias: Alfa, Ayres, Basaglia, Campos, Dona Helena, Guattari, Jobim, Lira, Rolnik, Lima Barreto, Ômega, etc...

Talvez os sonhos, no silêncio de mais uma madrugada, também possam me ajudar a enxergar, a encontrar uma terceira, quarta, quinta..., múltiplas saídas, outros planos possíveis para estas nossas cegueiras cotidianas... Talvez...

“Enquanto as pessoas permanecem paralisadas em torno de si mesmas, elas não enxergam nada além de si mesmas.” (GUATTARI, 1987, p.96).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS. & MAPAS PROVISÓRIOS TRAÇADOS EM REPOSICIONAMENTOS

### Sei lá... (A vida tem sempre razão) Toquinho e Vinicius

Tem dias que eu fico pensando na vida  
E sinceramente, não vejo saída  
Como é por exemplo que dá pra entender  
A gente mal nasce, começa a morrer  
Depois da chegada, vem sempre a partida  
Porque não há nada sem separação  
Sei lá, sei lá...  
A vida é uma grande ilusão  
Sei lá, sei lá...  
Eu só sei que ela tá com razão.  
Ninguém nunca sabe, que males se apronta  
Fazendo de conta, fingindo esquecer  
Que nada renasce, e antes que se acabe  
O sol que desponta, tem que anoitecer  
De nada adianta, ficar-se de fora  
A hora do sim, é um descuido do não  
Sei lá, sei lá  
A vida tem sempre razão  
Sei lá, sei lá  
Eu só sei que é preciso paixão.

Mais uma manhã, mais esse sol forte, o café antes de ir para o CAPS, e os buracos presentes pelo caminho. Chego, participo da reunião de equipe de início de turno, e logo em seguida vou para a oficina para me despedir dos usuários do serviço. Hoje a oficina está bem movimentada, as pessoas chegam e vão se posicionando nas cadeiras, após procurarem os objetos para realizarem as atividades, para dinamizarem nosso encontro.

Um técnico conduz a oficina, conversando com os usuários enquanto inicia entre todos uma rodada de sugestões de músicas a serem tocadas no amplificador de som para todos escutarem. Quando chega minha vez, digo: “— Ah... Nos últimos tempos tenho ouvido muito uma música chamada ‘sei lá’. Acho que ela fala um pouquinho do que vim fazer hoje aqui: me despedir de todos vocês, eu tô de partida!”.

O técnico imediatamente procura a canção no *YouTube*, pelo seu celular, e a conecta ao amplificar. Frases de agradecimentos, de lamentos por minha partida e de esperanças por novos encontros se sucedem entre nós, embaladas pela canção.

Procuro hoje olhar a vida como propõem Deleuze & Guattari (1995, p.33), tentando encontrar possibilidades, com “várias entradas e múltiplas saídas” a serem descobertas. A oficina no CAPS foi uma boa entrada que me permitiu novos encontros para pensar com a equipe como a produção do cuidado tem sido viável por meio do matriciamento, no acolhimento ao sofrimento psíquico presente no território de abrangência do serviço.

Uma entrada que fala um pouquinho do meu percurso no campo da saúde mental, de trabalhos anteriormente desenvolvidos em oficinas terapêuticas: talvez um fator de afetivação (ROLNIK, 1989) que continua me despertando para outras composições, talvez um ritornelo que me faça reterritorializar para avançar com os meus referenciais de antes (DELEUZE & GUATTARI, 2012a). Outras entradas seriam descobertas, mas foi por este meio que o trabalho de pesquisa se deu e ganhou movimento, meio que permitiu tornar-me mais próximo da equipe e dos usuários.

Em parte, eu concordo com os poetas: a vida é uma grande ilusão, mas somente quando nos prendemos a pontos extremos, quando não queremos olhar que entre nascer e morrer, entre o sim e o não, o dia e a noite, o dentro e o fora, a chegada e a partida, a vida é muito real e pulsa em nós a todo instante, e nesse meio tempo, por ela mesma (a vida), poderemos encontrar saídas para nossas dificuldades e limitações cotidianas. Vencer a ilusão que nos aprisiona em pontos fixos, estanques, é entregar-se à dinâmica da vida que transcorre, e assim poderemos encontrar algumas possibilidades — inventar saídas, reinventar-nos, se preciso for.

A cartografia como recurso para a elaboração de um conhecimento através dos movimentos pelos territórios, no transcurso da pesquisa, permitiu-me algumas idas e vindas, recuos e avanços. Um recurso que se propõe como modo alternativo de registro, de coleta e discussão dos dados, que procura não se ater a estruturas rígidas, podendo assim ampliar o olhar do pesquisador com os diversos elementos e fatores que se apresentam em campo.

Mais que encontrar aspectos desconhecidos sobre o tema, o uso da cartografia como instrumento de apoio no ato de pesquisar, pode elucidar inclinações nossas em relação ao tema pesquisado, podendo produzir em nós alguns reposicionamentos no decorrer das discussões levantadas.

As discussões verificadas em reuniões de equipe no CAPS sobre o matriciamento, tentando demarcar algumas distinções deste trabalho quando realizado por um profissional inserido numa equipe de um CAPS, em relação ao realizado por um profissional inserido no NASF, não é de agora e não se esgota por aqui, deixando dúvidas que podem nos abrir para outras direções e despertar o desejo para novas produções no campo da saúde mental.

Uma das contribuições da cartografia COM os diversos trabalhadores da saúde com os quais dialoguei, que participaram no traçado dos mapas psicossociais delineados, foi apontar que o trabalho de matriciamento em saúde mental realizado nos territórios da clínica de atenção psicossocial pode, e deve, ocorrer com o CAPS e o NASF coexistindo nos mesmos espaços, integrando-se para a produção da saúde no/com (o) território.

Não há como abarcar a totalidade de um tema pesquisado, e penso que esta não é a proposta da cartografia, mas, pela cartografia, irmos acompanhando os movimentos e percebermos como as relações se processam, como os serviços funcionam, para tentarmos produzir desvios em direções que favoreçam a preservação e expansão da vida, que produzam diferenciações em nossas práticas, se for este o caso.

Várias linhas que compuseram os encontros entre mim e alguns profissionais do CAPS e da CF — em conversas, diálogos, pensamentos, partilhas de experiências — escaparam das formas compostas com as quais o registro do trabalho foi se desenhando no plano molar, mas agora retornam ajudando a repensar a nossa postura, a minha postura diante do tema discutido. Vejamos:

A interação com alguns profissionais foi de grande importância para pensar sobre a viabilidade de os CAPS(s) — mesmo na realidade de um CAPS III que dispõe de um quantitativo profissional maior em relação aos CAPS I e II, por exemplo — assumirem toda a demanda para matriciamento em saúde mental que se apresenta por meio das equipes da ESF presentes nos territórios de abrangência dos CAPS(s).

Havia uma tendência forte em mim ao defender que, com a expansão dos CAPS III na Cidade do Rio de Janeiro, não haveria mais a necessidade em sustentar a permanência dos NASF(s) realizando o apoio matricial em saúde mental às equipes da ESF, cabendo este trabalho unicamente aos CAPS(s) III. Tendência que talvez fale do meu lugar anterior enquanto matriciador sempre inserido em serviço-

CAPS, e de um desconhecimento em relação à realidade e aos objetivos de outros serviços, como o próprio NASF.

Este posicionamento anterior talvez se configure em uma pista para se pensar de modo mais abrangente o quanto os profissionais de cada serviço conhecem as necessidades de outros, mesmo trabalhando em parceria, e quais são os limites e as possibilidades ao se pensar a interação entre estes trabalhadores.

Retomo as considerações valiosas de Coelho...et.al. (2012) ao apontarem que inicialmente os CAPS (S) não foram pensados para assumirem a organização do apoio matricial junto às equipes da ESF de todo o território de abrangência, dada a complexidade dos casos com que os CAPS (s) se ocupam cotidianamente.

Recordo ainda um diálogo em campo com um profissional do CAPS que de igual modo me fez repensar, me reposicionar em relação a uma suposta dicotomização entre matriciamento-CAPS e matriciamento-NASF:

Pesquisador: — Do que eu tenho observado em conversas, há um grupo que defende que o matriciamento pode ser realizado tanto pelo CAPS quanto pelo NASF, mas com suas distinções como temos discutido em reunião de equipe. O CAPS mais num trabalho pontual, de orientar as equipes da ESF, e o NASF mais imerso na dinâmica, propondo elaboração de grupos, campanhas, VD(s), etc... Mas também tem um grupo que defende que com a expansão dos CAPS(s) III, com uma equipe bem maior, o matriciamento deve ser realizado somente pelo CAPS e que não há sentido de os NASF(s) permanecerem neste trabalho...

Mû: — Mas como, gente! Quem defende isso?! Não tem como! A gente aqui já acompanha casos em crise, casos muito difíceis que exigem muito da gente, e ainda assumir toda a responsabilidade de matriciamento do território nosso que é imenso, um território marcado pela violência com casos totalmente vulneráveis, não tem como, não vamos ter pernas pra isso, mesmo como CAPS III! É besteira achar que mudando pra CAPS III a coisa vai mudar de uma hora pra outra, que vamos dar conta disso tudo! ...

Fui aos poucos percebendo que as linhas duras, conforme apresentadas e discutidas no “Capítulo I / Platô-Quarentena”, estavam em vários momentos operando também em mim, mas, como vimos, necessárias para a organização do trabalho, até para que as dúvidas pudessem se expressar em questões formuladas que possibilitaram a pesquisa andar (DELEUZE; PARNET, 1998).

Contudo, também imerso em linhas de fuga que produzem diferenciações, mas, que, quando capturadas por aparelhos de controle, em normatizações, com elas podemos cair no risco de querer afastar o outro diferente de nós: das linhas de fuga podemos passar facilmente às forças de abolição, de destruição (HUR, 2019).

Não se trata de lançar julgamentos de valor, julgamentos morais, afirmar ou negar qual das linhas é boa ou má, pois isto vai depender do uso que delas

vamos fazendo na composição dos territórios existências/subjetivos/estéticos, mas de abrir-nos às linhas flexíveis (de simulação, de experimentação), que eu chamaria “linhas do entre”, permitindo-nos novos olhares e descobertas, novos trânsitos entre pontos aparentemente antagônicos.

Linhas que me ajudaram a perceber que, tanto o CAPS, quanto o NASF, podem se integrar para a realização do matriciamento em saúde mental no território, que cada qual não exclui o outro serviço na realização deste trabalho que se propõe a ser compartilhado.

Guattari (1987, p.107-108), por exemplo, nos alerta para os riscos que um grupo sujeito corre em querer ser sujeito a todo instante, “custe o que custar”, isto é, numa postura sempre ativa de tomar a palavra e muitas vezes falando em nome e no lugar de outros grupos, de outras pessoas, caindo muitas vezes “na pior das alienações, em mecanismos compulsivos e mortíferos”.

Altoé (2004, p.190-192) ainda nos adverte para os excessos de uma “implicação”, caracterizando assim a “sobreimplicação”, esta como deriva daquela, ou seja: de um aparente ativismo sustentado pela necessidade de um constante “implicar-se”, mas que na verdade seria uma “submissão à ordem econômica vigente”, ávida pelo acúmulo de capital e pela produção da “subjetividade-mercadoria” que conforma os trabalhadores à lógica da produtividade e ao mero cumprimento de metas no trabalho a serem atingidas.

Algumas perguntas podem nos deslocar desta lógica, mas sem livrar-nos dos tensionamentos que as forjam: Qual o sentido em demarcar distinções entre um “matriciamento-CAPS” e um “matriciamento-NASF”? A que interesses e necessidades estamos atendendo ao reforçar distinções entre as especificidades dos serviços apontados? De que modo o debate fomentado sobre essas distinções pode favorecer a ampliação do cuidado com o sofrimento psíquico através do matriciamento? Será que de fato faremos o matriciamento em saúde mental avançar nos territórios da clínica de atenção psicossocial reforçando estas distinções entre os serviços?

Pude, com os autores/atores e com as questões formuladas, repensar meus posicionamentos: de alguém que, antes da pesquisa, falava limitado ao lugar de um profissional sempre atuante em CAPS, sem procurar conhecer melhor a proposta do apoio matricial realizado na especificidade do serviço-NASF, sem conhecer de perto a realidade dos profissionais inseridos neste serviço; de alguém

apenas preocupado em encontrar soluções para as dificuldades que se apresentavam durante o trabalho e responder às recomendações feitas pela gestão.

Muitos apontaram a rede de atenção psicossocial, mais especificamente a escassez de recursos e de dispositivos na rede, como um analisador para pensarmos e reformularmos os processos de trabalho com o matriciamento em saúde mental. Este fator fez com que outras perguntas surgissem, possibilitando a pesquisa prosseguir: Faria sentido eliminar um serviço, no caso o NASF, frente aos poucos recursos que dispomos no território onde a CF se localiza e se insere, deixando todo o trabalho de matriciamento apenas nas mãos do CAPS? A coexistência e a articulação entre o CAPS e o NASF não poderiam tornar a rede um pouco mais diversificada?

Cecílio (2009, p.122) poderia nos responder seguramente, dizendo: “integralidade não se realiza nunca em um serviço; integralidade é objetivo de rede”. O autor nos traz grande contribuição para analisarmos melhor a importância da integração entre diversos profissionais e serviços no cuidado integral, fazendo uma distinção entre:

“Integralidade focalizada” que seria o esforço entre profissionais de diferentes categorias da saúde de um mesmo serviço, em uma equipe multiprofissional, visando atender às necessidades de saúde que se expressam no pedido dos usuários; e, “integralidade ampliada” que seria a articulação em rede entre os serviços para responder às necessidades em saúde aos casos que demandam maiores investimentos (CECILIO, 2009, p.119-123).

Podemos perceber, a partir das pontuações do autor, que ficamos muitas vezes capturados pela falta de investimentos e de recursos na rede de saúde, reafirmando o comprometimento na integralidade do cuidado que esta realidade de escassez de fato acarreta.

Entretanto, nos esquecemos, ou mesmo nem nos damos conta, que o cuidado integral começa a se concretizar quando profissionais de diferentes categorias se integram, se aproximam e se dispõem a juntos acolherem os usuários que aos serviços de saúde se dirigem, e olhar para isto é valorizar nosso trabalho, reconhecermos nossos esforços diariamente.

No “Capítulo II / Platô-Campo”, por exemplo, conversamos sobre a importância de não desconsiderarmos as técnicas produzidas pelos diversos saberes que se integram no campo da saúde mental, mas sim de as

ressignificarmos a partir das necessidades que hoje se apresentam aos serviços, deslocando-nos assim da noção de “tratamento” para a dimensão do “cuidado”.

Penso, e aqui reforço, que um dos novos sentidos a serem dados às técnicas é poder aproximá-las da vida de inúmeras pessoas que se encontram no cotidiano dos serviços de saúde, trabalhadores que desejam cuidar e usuários que demandam cuidados; e, deste modo, o verbo “revitalizar” talvez venha a ser igualmente oportuno para expressar a potência dos bons encontros: não apenas ressignificarmos, encontrarmos novos sentidos para as técnicas, mas como num sopro insuflá-las com novos ares, encostá-las à vida das pessoas.

O caso “Dona Helena do Leblon”, por exemplo, apresentado no “Capítulo III / Platô-Matriciamiento”, nos apontou a importância de os profissionais não se preocuparem apenas em acionar os recursos da rede — até porque, havia um diálogo em andamento entre alguns profissionais dos serviços envolvidos no cuidado com a usuária —, mas de ali mesmo, no espaço da clínica onde o matriciamiento se realiza, poderem se encontrar e dar voz a seus anseios, juntos encontrarem saídas para muitos dos impasses vivenciados ao lado dos próprios usuários.

Não desconsiderar a precariedade e escassez da rede, as fragilidades, mas nunca deixar de olhar para o potencial de cuidado que os bons encontros comportam, valorizar um trabalho de resistência diária. Eis a proposta de um devir-cuidado-minoritário que se processa entre múltiplos encontros e na articulação entre diversos elementos, mas que continua nos apontando a necessidade de investimentos sociais permanentes na saúde mental, em políticas públicas que produzam saúde na vida de todos os usuários do SUS, com a participação dos trabalhadores/usuários e dos pacientes/usuários.

Necessidade de investimentos para que a saúde mental não fique restrita aos serviços “especializados”, como os CAPS e ambulatórios, por exemplo, mas se difunda por diversos espaços e permaneça sempre presente na AB, como um participante nos apontou em entrevista, referindo-se à dinâmica de trabalho observada no cotidiano da ESF:

Pesquisador: — Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar, algum ponto que não foi levantado de toda essa nossa conversa e que você acha importante?

Gama: — Eu, assim, eu sinto falta, assim... Que tinha... Que eu acho que é da importância da saúde mental, eu acho que, eu acho que isso que pra mim é uma questão, né, é... Que as outras na atenção básica, que as outras

doenças têm: que a hipertensão tem, que a diabetes tem... Eu acho que dá um lugar de importância pra saúde mental, acho que isso que é necessário [...]. Eu falava muito da redução de danos, que eu acho que teria que contar ponto também a saúde mental pra poder ser valorizada, porque a hipertensão conta ponto... Então as equipes trabalham em cima de variáveis, né, e saúde mental não conta variável... Então, não tem importância!... Mas, eu acho que oitenta por cento do trabalho, porque o médico sabe que oitenta por cento da receita que ele faz na, na atenção básica é de saúde mental, né?! ... O médico sabe que se ele não fizer a receita do clonazepam vai ter vários pacientes lá na porta dele... Então, eu acho que é importante isso tá registrado em um lugar, né?! É importante a gente poder falar disso!... E eu acho que... Que a gente não tem a importância que as outras doenças, né, então eu acho que isso teria que mudar, eu acho importante! ... (Gama, em trecho de entrevista).

O entrevistado me leva a pensar que independe de o profissional matriciador estar inserido, seja em um serviço-CAPS, seja em um serviço-NASF, quando este se disponibiliza em realizar o trabalho de matriciamento, o encontro com a ESF é sempre uma oportunidade para a saúde mental se fazer presente no espaço físico e subjetivo de profissionais e pacientes, mais próxima ao lugar de moradia das pessoas, encostada à vida delas.

O matriciamento em saúde mental pode, ele mesmo, ser entendido como um devir-cuidado-minoritário, pois demanda esforços, investimentos, para que continue sendo viável em uma cultura de especializações que ainda reforça a fragmentação da saúde em procedimentos e espaços muitas vezes segmentados.

Espaços que na maioria das vezes não se comunicam, numa cultura que ainda concebe a saúde como mercadoria, e não como conquista e exercício de um direito, uma cultura que se expressa muitas vezes na rede através de profissionais e serviços que nem ao menos procuram se conhecer.

Investir em saúde mental é investir materialmente em melhores condições de trabalho, valorizar o trabalhador, reconhecer que o trabalhador da saúde é um dos principais recursos no cuidado com a vida, na produção da saúde. Investir em novos modos de subjetivação que favoreçam a participação de todos/todas os/as atores/atrizes sociais na elaboração de um trabalho de fato compartilhado, em bons encontros para o cuidado integral com os usuários do SUS.

Investimentos que promovam a emergência de novas subjetividades pelos territórios da clínica de atenção psicossocial que aumentem o poder de decisão nos espaços coletivos e sobre si mesmos, sejam trabalhadores/usuários, sejam pacientes/usuários, pois quem participa da vida deve ter seu direito garantido de decidir com ela própria: a vida.

## REFERÊNCIAS

ADRIANA CALCANHOTO. Esquadros e Vambora. **CD Perfil, faixas 5 e 7**. Rio de Janeiro: Som Livre, 2001. 1CD. Digital estéreo. 2308-2.

ALMIR SATER. Tocando em frente. In: Maria Bethânia. **LP Maria Bethânia 25 anos, faixa 2**. Rio de Janeiro: Polygram, 1990. Lado A, 1 disco. Estéreo. 848 022-1.

ALTOÉ, S. **René Lourau: Análise Institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ALVES, D. S. N. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PENHEIRO, R; MATTOS, R.A... (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ/ ABRASCO, 2006, p.171-180.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. D. C. (org.) **Archivos de Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, p.45-65.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ARÊAS, V.B. **Entre Cronos e Aion: as possibilidades de (r)existências no processo de desinstitucionalização**. 83f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ, 2017. Hospedado em:

<http://slab.uff.br/dissertacoes-2017/>. Acesso em: 10/02/22.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ/ ABRASCO, 2009.

AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986: Brasília, centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987, p.35-42.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos/ Edusp, 1994a.

BARROS, R. D. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

BARROS, R. D. B. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. D. C. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994b, p.171-195.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Organização de Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde. Hospedada em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10/04/21.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Brasília, Ministério da Saúde. Hospedada em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 26/11/21.

\_\_\_\_\_. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil/ MS**, Secretaria de atenção à saúde, DAPE. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS, Vol.3. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2011b. Hospedado em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Acesso em 26/11/21.

\_\_\_\_\_. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Referencias técnicas para atuação de psicólogas (os) na atenção básica à saúde**. Brasília: CFP, 2019.

VELOSO, CAETANO. Fora da ordem. **CD Circuladô, faixa1**. Rio de Janeiro: Polygram, 1991. 1CD. Digital estéreo. 510 639-2.

VELOSO, CAETANO. Terra. **CD Muito (Dentro da estrela azulada), faixa1**. Rio de Janeiro: Universal Music, 2002. 1CD. Digital estéreo. 60251712544.

\_\_\_\_\_. Divino Maravilhoso. In: **Caetano Veloso: textos selecionados**. Coleção literatura comentada. São Paulo: Abril Educação, 1981.

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

\_\_\_\_\_. **Saúde Paideia**. 2.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 5 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, fev. 2007, 23 (2): 399-407.

CARDOSO JUNIOR, H. R. Teoria das multiplicidades e conceito de inconsciente no pensamento de Gilles Deleuze. In: \_\_\_\_\_. (org.). **Inconsciente-multiplicidade: conceito, problemas e práticas segundo Deleuze e Guattari**. São Paulo: Editora UNESP, 2007, p.11-42.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante pela luta da integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2009, p.117-130.

CHIAVERINI, D.H... et. al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHICO BUARQUE. Tatuagem. In: Elis Regina. **CD Falso Brillhante, faixa 10**. Universal Music, 2012. 1CD. Digital estéreo. 8360102.

COELHO, D.A.M... et.al. **Sobre o início do matriciamento em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro**: Reflexões, relatos e recomendações. Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação Social — SMSDC/RJ, 2012.

COSTA, A. A fábula de Higino em Ser e tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In: MAIA, M. S. (org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p.29-51.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_\_\_\_. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p.39-53.

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

\_\_\_\_\_. **Foucault**. Tradução de Claudia Sant' Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2013.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2**, Vol.1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2**, Vol.3. São Paulo: Editora 34, 1996.

\_\_\_\_\_. **O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1**. Tradução de Luiz B.L. Orlandi. São Paulo: Editora 34, 2010.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2**, Vol.4. 2. ed. Tradução de Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2**, Vol.5. 2. ed. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 2012b.

DELEUZE, G; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

DESVIAT, M. **Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva**. Coordenação Paulo Amarante. Tradução de Marta Donila Claudino. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2018.

ELIA, L. A rede de atenção na saúde mental: articulações entre CAPS(s) e ambulatorios. In: BRASIL/MS. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p.49-61.

FERRATER MORA, J. **Dicionário de Filosofia**. Obra completa. Tradução de Maria Stela Gonçalves... [et. al.]. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN; P.G. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (org..). **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo. 2ªed. Editora HUCITEC, 2010, pp.154-178.

FONSECA, V.S.C.; FRANCO, T.B. Sobre o uso de instrumentos cartográficos na pesquisa em Saúde Coletiva. In: FRANCO, T.B.... (org.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: HUCITEC, 2009, p.45-60.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2. O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Hospedado em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>. Acesso em: 05/09/2021.

FRANCO, T.B. & MEHRY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

\_\_\_\_\_. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Claudia Leão. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GUILHERME ARANTES. Cuide-se bem. **LP Guilherme Arantes, faixa 7**. Rio de Janeiro: Som Livre, 1976. Lado B, 1 disco. Estéreo. 403.6094. Hospedado em: <https://immub.org/album/guilherme-arantes>. Acesso em: 22/11/2021.

HOOKS, B. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2013.

HUR, D. U. **Psicologia, política e esquizoanálise**. Campinas, SP: Alínea, 2019.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 55-59.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

\_\_\_\_\_. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2015.

LIMA BARRETO, A.F. **O cemitério dos vivos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1956.

LIRA, A.P.S. **Devir-cuidado**: uma experimentação em saúde. 62f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Hospedado em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19835>. Acesso em: 17/09/2021.

LODY, R. **Tem dendê, tem axé**: Etnografia do dendezeiro. Rio de Janeiro: Pallas, 1992.

LOPES, A.F. et. al. Matriciamento: a representação social da Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n.85, p.211-218. abr-jun, 2010.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**: Análise Institucional e prática de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de Saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, 2009, v.13, supl. I, 771-780.

MERQUIOR, M. Converso, logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde. In: MAIA, M.S. (org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 285-303.

MILTON NASCIMENTO. O cavaleiro. **CD Nascimento, faixa 2**. Rio de Janeiro. Warner Bros, 1997. 1CD. Digital estéreo.936246492-2.

MINOZZO; COSTA. Integrando CAPS e Saúde da Família: apoio matricial em saúde mental. In: PAULON; NEVES (org.). **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013, p.61-81.

NICÁCIO, F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (org.). **saúdeloucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989, p.91-108.

OLIVEIRA, E.; MARTINS, M.J. Instituto Municipal Nise da Silveira: proposta para o fim de um manicômio. In: **Cadernos IPUB**: nº22. VOL. XII. Quadrimestral. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006, p.129-138.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PASSOS, E. & BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012, p.17-31.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p.53-87.

REALE, G. **História da Filosofia, 6**: de Nietzsche à Escola de Frankfurt. Tradução de Ivo Storniolo. São Paulo: Paulus, 2005.

ROCKETH, RENATO. Uma noite e meia. In: Marina Lima. **CD Marina Lima, faixa 5**. Rio de Janeiro: Polygram, 1998. 1CD. Digital estéreo. 538 190-2.

ROCHA, M.L. & AGUIAR, F.A. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia ciência e profissão**, 2003, 23 (4), 64-73.

RODRIGUES, H.B.C. Sejamos realistas, tentemos o impossível: desacomodando a Psicologia através da análise institucional. In: JACÓ-VILELA, A.M; FERREIRA, A.A.L; PORTUGAL, F.T. **História da Psicologia: Rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2006, p.515-563.

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

\_\_\_\_\_. **Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ROMAGNOLI, R.C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, 2014, 26(1),44-52.

ROSSI, A. & PASSOS, E. Análise institucional: Revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, jan-jun. 2014, Rio de Janeiro, Vol.5, 156-181.

ROTELLI, F... [et. al.]. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990a, p. 17-59.

\_\_\_\_\_. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990 b, p. 89-99.

SAIDÓN, O. **Clínica y sociedad: esquizoanálisis**. 1. ed. Buenos Aires: Lumen, 2002.

SARAMAGO, J. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SCHECHTMAN, A. Território e idiorritmia: uma leitura de Barthes para a saúde mental. In: **Cadernos IPUB: n° 22**. Vol. XII. Quadrimestral, Nov/Dez 2006. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006, p.35-38.

SILVA, C.V. O funcionamento das multiplicidades no inconsciente espinosista de Mil platôs. In: CARDOSO JUNIOR, H. R. (org.). **Inconsciente-multiplicidade: conceito, problemas e práticas segundo Deleuze e Guattari**. São Paulo: Editora UNESP, 2007, p.42-75.

TOM JOBIM. Falando de amor. In: **CD Quarteto em Cy e MPB-4, faixa 9**. Rio de Janeiro. Polygram, 1997. 1CD. Digital estéreo. 536 178-2.

TOM JOBIM/ NEWTON MENDONÇA. Meditação. In: **CD Garota de Ipanema/Nara Leão, faixa 11**. Rio de Janeiro. Polygram/Philips, 1989. 1CD. Digital estéreo. 826 854-2.

TOQUINHO & VINÍCIUS. Sei lá (A vida tem sempre razão). **LP 10 anos de Toquinho & Vinícius, faixa 2**. Rio de Janeiro: Polygram/Philips, 1979. Lado A, 1 disco. Estéreo. 6349.404.

VASCONCELOS, E.M... et.al. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014.

VIDAL, P.V. O conceito de grupo na obra de Guattari e de Deleuze. In: BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986, p.43-55.