



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL  
(PPGPSI)

ALANA MACHADO BATISTA

NARRAÇÕES, ENCONTROS, CRI(AÇÕES) COM TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS:  
ARTESANIA DE CUIDADO POR PRÁTICAS DESINSTITUCIONALIZANTES

Vitória  
2019

ALANA MACHADO BATISTA

NARRAÇÕES, ENCONTROS, CRI(AÇÕES) COM TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS:  
ARTESANIA DE CUIDADO POR PRÁTICAS DESINSTITUCIONALIZANTES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional. Área de concentração: Subjetividade, Saúde e Clínica. Orientadora: Prof. Dra. Adriana Leão.

Vitória

2019

ALANA MACHADO BATISTA

NARRAÇÕES, ENCONTROS, CRI(AÇÕES) COM TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS:  
ARTESANIA DE CUIDADO POR PRÁTICAS DESINSTITUCIONALIZANTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Adriana Leão  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof. Dra. Janaína Mariano César  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro interno

---

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos  
Universidade Federal Fluminense  
Membro externo

---

Prof. Dr. Christian Sade Vasconcelos  
Universidade Federal Fluminense  
Membro convidado

Vitória, 13 de maio de 2019.

*Aos meus pais, que dedicaram suas vidas aos meus estudos.*

## AGRADECIMENTOS

Muitos foram os momentos difíceis. Rezei, fiz promessas. Quando parecia não existir nenhuma possibilidade ou solução para tantos entraves, passava um tempo, e surpreendentemente, ao contrário, de forma tão simples, as coisas aconteciam. É Deus. Só pode ser.

Mãe, agradeço por me permitir voos altos e distantes sem nunca soltar minha mão. Pai, obrigada por permanecer. Por todas as formas de investimento que cuidadosamente me disponibilizaram, a vocês todo meu amor.

Carmelina e Tião, vocês, enquanto meus pais trabalhavam, fizeram-me experimentar o cuidado que é doce e tem gosto de cocada.

Amigas e amigos que estiveram ao meu lado por todos os lugares que percorri: vocês foram apoio e morada. Sou infinitamente grata por tantos pedacinhos de amor espalhados pelo mundo: Ana Luísa, Caroline, Kamylla, Monique, Jacylene, Milena, Robéria, Karoliny, Egídio. Amigos de cadeia: Indiara, Victor, Roberta, Dóris, Alexandra, Elizabeth, Iriane, Paulo, Onofre, nós somos resistência. Amigos de faculdade e mestrado: Daniele, Karla e Henrique. Tem muito de cada um aqui.

À orientadora Dra. Adriana Leão que acolheu e acompanhou esse sonho, as múltiplas angústias, as tantas voltas e rodopios que essa escrita deu. Obrigada por possibilitar que tudo isso tomasse sentido através das palavras.

Ao Dr. Christian Sade Vasconcelos, PhD preferido, professor, orientador de monografia e, acima de tudo, um grande amigo. Obrigada por cada ensinamento e principalmente pela lateralidade.

À professora Dra. Janaína Mariano César agradeço imensamente pela calma, zelo e todo o cuidado com o texto. Você é luz!

Ao professor Dr. Eduardo Henrique Passos que me aceitou como pesquisadora de iniciação científica por três anos na graduação, pacientemente nos orientou, e que hoje faz parte de mais essa colheita de resultados. Que esse trabalho continue em um processo intenso de disseminação e multiplicação.

Os usuários de saúde mental do CAPS localizado na baixada litorânea no estado do Rio de Janeiro me imbuíram de experiência e afetos narrativos. A vocês sou grata.

Aos usuários de saúde mental que se encontram na condição de privação de liberdade em unidades prisionais no estado do Espírito Santo, com os quais tive a honra de conversar, cuidar e atender como psicóloga: não sou a mesma depois desse encontro.

Aos usuários de saúde mental escritores e redatores do Jornal da Gente, que se disponibilizaram a ajudar na condução das oficinas com os trabalhadores, obrigada pelo comprometimento com essa produção narrativa.

Aos trabalhadores da rede de saúde mental e atenção psicossocial da Grande Vitória que estiveram presentes ao longo dos encontros das oficinas narrativas e contribuíram genuinamente com esse modo de pesquisar.

Ao PPGPSI por ser um programa de pós-graduação que permite o voo, a liberdade, os encontros.

Aos meus familiares.

O que tem de ser tem muita força  
por isso, a cada manhã,  
os olhos da cidade abrem-se nas janelas  
para receber o sol,  
as moças acordam e perfumam os seios,  
flutuam nas salas, deslizam nas calçadas,  
os gatos conversam com os fantasmas das casas,  
as empregadas limpam os vestígios do dia,  
os homens calculam a geometria dos gestos,  
os carros costuram a urdidura das ruas,  
enquanto eu, aqui neste quarto,  
evoco a voz da tia-avó pontuando o mistério:  
**o que tem de ser tem muita força.**  
**Por isso o sangue pulsa, a fruta cresce,**  
**o corpo busca.**

Por isso envelhecemos.  
Por isso os peixes sabem a fundo  
aquilo que não sabemos,  
e os prédios sobem e os ventos mudam,  
e os pássaros – ah, os pássaros –  
os pássaros cantam para toda a luz  
que dança por cima das águas:  
para os amantes, os loucos, as crianças,  
enquanto tia Zezé se balança na cadeira de palha,  
sussurrando aos ouvidos da minha infância:  
o que tem de ser tem muita força.  
(Paloma Espínola)

## RESUMO

Esta dissertação narra encontros, sobretudo aqueles desterritorializantes. Além disso, traz escritas com e de cuidado pelo agenciamento a experiências de loucura e marginalidade; pessoas que, por escaparem a norma, vivenciam opressões, aprisionamentos e internações. Corpos de fuga e captura em muitas dimensões são punidos, afastados dos territórios e do direito a liberdade. De que modo podemos criar uma intervenção que artefaça territórios existenciais com esses sujeitos? Utilizamos como estratégia metodológica três posturas de manejo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): a lateralidade, a cogestão e as narrativas, sendo essas facilitadoras para produção de saúde. As possibilidades de habitar espaços de existência, construir vínculos, parcerias com o mundo, podem tornar-se expressões de cuidado. Nesse sentido, o território passa ser o problema e, principalmente, a possibilidade subversiva de resistir e existir. Ademais, entendemos os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também como agentes disseminadores desses modos de cuidado, subjetividade, saúde e clínica. Entre muitas andanças, nos encontramos com eles e caminhamos ao lado nesse processo que é narrativo e interventivo. Tomamos essa postura, esse modo de artesanania dos territórios, como *ethos* desse mapa traçado por desejos e afetos.

**Palavras-chave:** territórios; GAM; *ethos*; Subjetividade, Saúde e Clínica.

## ABSTRACT

This dissertation tells stories of encounters, in particular the deterritorializing kind. Furthermore, it brings writings, made with and about care, through the connection with experiences of madness and marginality and people who, because they escaped the norm, have been subjected to oppression, imprisonment and hospitalization. Bodies that break loose and are captured are punished in many dimensions, taken away from the territory and the right to freedom. How can we create an intervention that is able to weave existential territories with these people? We've used as a methodological strategy three different approaches from the Autonomous Management of Medication (GAM): laterality, co-management and narratives, the three of them working as facilitators in the production of health. The possibilities of inhabiting spaces of existence, building bonds and partnerships with the world can become expressions of care. In this sense, the territory becomes the question and, above all, the subversive possibility of re(existing). Moreover, we understand that workers within the Psychosocial Attention Network (RAPS) are also agents that circulate ways of thinking about and practicing care, subjectivity, health and clinic. Between many wanderings, we've met and walked side by side with them, in this process that is narrative as much as interventive. We've taken this posture, this way of weaving territories, as the *ethos* of this map, traced with and by desire and affection.

**Keywords:** territory; GAM; ethos; Subjectivity, Health and Clinic.

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS — Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD — Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS III — Centro de Atenção Psicossocial 24 horas

CAPSi — Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

GAM — Grupo de Gestão Autônoma da Medicação

GGAM — Guia da Gestão Autônoma da Medicação

HEAC — Hospital Estadual de Atenção Clínica

HPM — Hospital da Polícia Militar

PTS — Projeto Terapêutico Singular

RAPS — Rede de Atenção Psicossocial

RPB — Reforma Psiquiátrica Brasileira

SUS — Sistema Único de Saúde

UP — Unidade Prisional

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Caminhos .....	14
Figura 2: GAM na UFF: semana da luta antimanicomial .....	76
Figura 3: Grupo GAM na UFF: participação na semana de psicologia .....	77
Figura 4: Expressão de fuga: tirando a algema da mente .....	86
Figura 5: Sala da oficina narrativa (LABIOS, Laboratório de Afetos e Biopolítica, localizada no prédio Wallace Corradi da Universidade Federal do Espírito Santo). .....	106
Figura 6: Portas fechadas.....	107
Figura 7: “Revele o que quase ninguém vê” .....	108
Figura 8: Espaços que auxiliam no processo terapêutico .....	109
Figura 9: Aconteceu assim .....	110
Figura 10: O território em construção .....	111

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO N-1 CONTEXTUALIZAÇÕES: TERRITÓRIO POR UMA PRODUÇÃO ÉTICA DE CUIDADO</b> .....	<b>23</b>
Territórios, sequestros e punições .....	33
Estigma e preconceito provenientes da institucionalização dos corpos.....	40
<b>CAPÍTULO 0 TERRITÓRIO, MAS QUAL?</b> .....	<b>44</b>
Modos de fazer são justificáveis: o pesquisar com o outro e a importância da implicação .....	55
<b>CAPÍTULO I PRIMEIRO TERRITÓRIO PESQUISA — <i>MODUS OPERANDI</i>: A ESTRATÉGIA GAM NO CAPS (PELA EXPERIÊNCIA DE PERTENCIMENTO)</b> .....	<b>61</b>
Pesquisa-intervenção participativa e implicação .....	66
Primeira postura metodológica: lateralidade.....	68
Segunda postura metodológica: cogestão .....	69
Terceira postura metodológica: narrativas .....	71
Autonomia coletiva .....	73
Pistas do andarilhar com o primeiro território .....	78
<b>CAPÍTULO II SEGUNDO TERRITÓRIO EXISTENCIAL: A ESTRATÉGIA GAM NO CONTEXTO DO CÁRCERE (PELA ARTESANIA DE TERRITÓRIOS)</b> .....	<b>80</b>
Pistas de um segundo território e o encontro com o presídio .....	91
<b>CAPÍTULO III TERCEIRO TERRITÓRIO: AFLUENTE DE PESQUISA OFICINAS NARRATIVAS COM TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL (POR UMA POLÍTICA DA NARRATIVIDADE COMO INTERVENÇÃO E CRIAÇÃO DE TERRITORIALIDADES)</b> .....	<b>94</b>
Os grupos focais.....	95
III. I. Território afluyente .....	100
Por uma política da narratividade .....	102
<b>PRIMEIRA OFICINA NARRATIVA</b> .....	<b>106</b>
Considerações sobre a primeira oficina narrativa .....	112
<b>SEGUNDA OFICINA NARRATIVA</b> .....	<b>118</b>

Considerações sobre a segunda oficina narrativa.....	121
<b>TERCEIRA OFICINA NARRATIVA .....</b>	<b>123</b>
Considerações sobre a terceira oficina narrativa.....	127
Pistas sobre o encontro com o terceiro território .....	128
Pistas recolhidas ao caminho .....	129
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>134</b>



Figura 1: Caminhos<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Figura 1: Caminhos. Esse grafite está exposto na parede externa do prédio IC II na Universidade Federal do Espírito Santo, *campus* de Goiabeiras. Entre o cansativo e longo percurso do trabalho à Universidade, por vezes respiro e descanso diante dessa imagem. Ressalto que esse não é um lugar de passagem, porém opto sempre que posso por esse caminho e encontro-me com ela.

## APRESENTAÇÃO

Eu sou apenas um rapaz  
 Latino-americano  
 Sem dinheiro no banco  
 Sem parentes importantes  
 E vindo do interior

Mas trago de cabeça  
 Uma canção do rádio  
 Em que um antigo  
 Compositor baiano  
 Me dizia  
 Tudo é divino  
 Tudo é maravilhoso

Tenho ouvido muitos discos  
 Conversado com pessoas  
 Caminhado meu caminho  
 Papo, som, dentro da noite  
 E não tenho um amigo sequer  
 Que ainda acredite nisso não  
 Tudo muda!  
 E com toda razão  
 (Belchior)

A fim de organizar um percurso de problematizações, escrevo essa carta a um amigo que também se interessa pelo campo de militâncias na saúde mental.

Caro amigo e conterrâneo,

Ando afastada do grupo de pesquisa, das militâncias, da UFF, do Rio de Janeiro. Talvez me esteja “territorializando” por aqui. E você um tanto distante! Sua irmã sente saudades e eu também. Venha. Se aproxime. Tenho tanta coisa para lhe contar.

O mestrado que conheci através de você tem ido bem. Tenho trabalhado com todas as ferramentas que adquiri durante esses anos de pesquisa com a estratégia GAM<sup>2</sup>. As ferramentas, a estratégia, a porosidade, essa potência de não saber (e mesmo assim estar em campo entendendo que não é possível saber antes de encontrar) foram experimentadas, vivenciadas e sentidas tão intensamente, que não faz possível descrição. Esses três anos no grupo de Gestão Autônoma da Medicação com os usuários do CAPS me acompanham em meu trabalho e em minha pesquisa aqui. Na verdade, porque essa experiência faz parte de mim.

---

<sup>2</sup> “A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM), a proposta é de que os usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013, p. 2890–2891).

Envolvidos completamente com os usuários, na graduação nos dispúnhamos a refletir sobre o *empowerment*<sup>3</sup> adquirido através de estratégias, que desenvolviam o fortalecimento de vínculos, os laços de confiança, articulavam experiências territoriais através da autonomia coletiva e ampliação da rede de apoio. Experimentávamos o território vivo e o protagonismo com aqueles sujeitos em uma posição de lateralidade.

Retorno ao Espírito Santo após seis anos, agora graduada em psicologia, imbuída dessa bagagem de não saberes, e não consigo me afastar de tudo que vivi. Afinal, me produzi com aquela pesquisa. Sinto que meus olhos, meus ouvidos, meus pensamentos, já não são mais os mesmos há tempos.

Mas disso tudo você sabe e sente, pois construímos essa caminhada lateralmente. Não houve nenhum desses processos de mudança do qual você não tenha feito parte.

Escrevo-lhe, então, para contar-lhe novidades. Preciso alertar que essa carta diz de múltiplas experimentações, sendo dessa maneira inevitável se perder.

Vamos iniciar por fevereiro de 2017. Logo após meu retorno ao Espírito Santo, sou contratada como psicóloga, para atuar em uma unidade prisional que possui um alto índice de usuários de psicotrópicos. 27% dos internos-usuários, mais especificamente, faz uso de algum tipo de psicofármaco. O que significa o uso de uma droga prescrita quando se vive em um ambiente de confinamento?

Há aqueles internos-usuários com algum tipo de psicopatologia e diagnóstico psiquiátrico. Esses possuem um duplo estigma, por serem considerados, além de loucos, presidiários. Para o senso comum, são duplamente ameaçadores. Propus estar ao lado desses a fim de construir com eles o significado da superutilização medicamentosa, além de descobrir na vera como se dá o tratamento em saúde mental no contexto do cárcere.

Como é possível promover cuidado e atenção à loucura em um ambiente de confinamento e privação de liberdade, que por si só tende a ser adoecedor? Muitos questionamentos e desafios se fizeram presentes.

Apostamos que seria possível adaptar a estratégia GAM à realidade prisional, ao mesmo tempo em que a reinventávamos. A experiência GAM nesse momento passou a ser a parte mais importante para o desenvolvimento do trabalho.<sup>4</sup> O desejo audacioso era uma tentativa de criar porosidade como forma de aproximação da experiência e, ao mesmo tempo, (co)construí-la. Construir, inclusive com os internos, novas formas de tratamento e cuidado nessa instituição.

Com um único exemplar do Guia GAM, entro no presídio em uma tentativa ou esforço de conduzir a intervenção com base na cogestão, lateralidade, ampliação de

<sup>3</sup> *Empowerment* para Vasconcelos (2003) é o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social (p. 20)”.

<sup>4</sup> A passagem da intervenção GAM também enquanto prática de trabalho e produção de cuidado nesse território existencial será desenvolvida no capítulo II.

autonomia coletiva e, principalmente, criação e fortalecimento de rede de apoio. A minha formação com a estratégia me acompanha por aqui, e o Guia GAM passa a ser meu amuleto diário.

Uma pista era que a criação de territórios existenciais ou processos de (des)territorialização seria imprescindível para alcançar qualquer intervenção dentro da instituição. Tivemos de inventar e cavar possibilidades, fissuras que nos remetessem a uma experiência (des)territorializante, primeiramente. Tais agenciamentos mobilizavam ressignificações sobre: eu sou uma pessoa, não uma doença/um crime<sup>5</sup>.

Ao mesmo tempo em que me formo agora trabalhadora, aproximo-me do grupo de pesquisa "Políticas Públicas e práticas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial" na UFES. Tal grupo se interessa em acompanhar o processo de trabalho e conseqüentemente devolver ao campo o que tem se produzido enquanto cuidado na perspectiva dos profissionais que compõem a rede de saúde mental.

Ao nos aproximarmos dos trabalhadores que participaram dos grupos focais com a temática **desinstitucionalização**, percebemos atravessamentos e complexidades que estimulavam pensar a relação desse processo com o território. Os trabalhadores diziam da "falta de elementos para praticar o cuidado no território" e falavam: "se não tivesse o hospital para internar, eu não sei o que seria de algumas famílias", "não tem nada no território", "esse usuário não pertence ao meu território", "existem muitos nós na rede"; além de apontarem uma separação entre os serviços e o território. Mas os serviços não deveriam ser de base territorial? Diante desse significativo complexo de cuidados em rede, havia a necessidade de retomar esses apontamentos com os trabalhadores, o que levou à criação do que chamamos "afluente de pesquisa". No momento dos grupos focais, ainda não havia um espaço voltado para pensarmos práticas e potências de cuidado no território.

Percebe como tais vivências se misturam? Apesar de ainda conseguir delimitá-las, não consigo hoje desvinculá-las, pois elas transpassam meu corpo. Por tal motivo, essa escrita traz, sobretudo, experiências narrativas de produção com cuidado que são territoriais e desterritorializantes, principalmente.

Por todo percurso de afetação e atravessamento, ao identificar como possibilidade de luta e resistência a criação e o fortalecimento de territórios existenciais, esses nos apontam para uma expressão daquilo que se revela enquanto formas de cuidado. Proponho dessa maneira 1) aproximar-me desses trabalhadores em uma estratégia de pesquisa participativa por oficinas narrativas, 2) afirmar uma política da narratividade como instrumento interventivo e 3) apostar que seja possível compor um *ethos* que atravesse as

---

<sup>5</sup> "Eu sou uma pessoa, não uma doença": frase encontrada na página 18 do Guia GAM. *Link* para acesso online ao Guia GAM: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=forums&srcid=MDM1NDEzNDE4Nzk5OTM5MTk0OTgBMTY3NzIwMDU1OTQ1MTQ2MzU0ODUBTVVXc1k3SmJsaWNKATAuMQEBdjl&authuser=0>

práticas ao disparar deslocamentos. Os atravessamentos no processo de desinstitucionalização nos apontavam muitos caminhos. Existem mecanismos que o operam. Você o percebe comigo? Gostaria de receber sua opinião.

Mande um abraço a todos!

Saudades do grupo GAM.

## INTRODUÇÃO

Buscamos narrações que contemplassem atravessamentos, disponibilidades, territorialidades e desterritorializações no modo de cuidar com usuários de saúde mental, ao passo que nos reinventamos com essas vidas múltiplas e capturadas em muitos sentidos. Essa escrita se desenvolve partindo de três vivências que auxiliaram na construção de um único campo problemático.

A primeira vivência, a qual nomeamos primeiro território (*modus operandi*), é o que possibilita a criação de uma postura, de um *ethos*, para estar em lateralidade com usuários de saúde mental e desse modo construir uma intervenção que cuida. O primeiro território provém de uma pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica, a “Gestão Autônoma da Medicação (GAM)”, operacionalizada através de grupos que subsidiaram certo procedimento metodológico e um modo de estar em contato com esse e os próximos campos de intervenção. O referido campo de pesquisa ocorreu em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na baixada litorânea no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2014 e 2016, e incluiu pesquisadores-usuários, pesquisadores-acadêmicos e pesquisadores-trabalhadores. Além disso, tomou por base a leitura e discussão do Guia GAM (GGAM), ferramenta que mostrou ser facilitadora no manejo dos grupos em formato de roda. Esses sujeitos puderam habitar/criar novos territórios existenciais e novas formas de agenciamento com o mundo através da troca com o outro e processos de comunicação cada vez mais transversais.

O segundo território compõe essa escrita como relato de experiência de um corpo pesquisador e profissional, pois tal vivência recebeu influências diretas de um modo de pesquisar que ainda encontra-se em construção. Como psicóloga de uma Unidade Prisional (UP), deparo-me com o uso indiscriminado de psicotrópicos, usuários de saúde mental em sofrimento psíquico e privação de liberdade (em contramão ao que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) preconiza para usuários não criminosos) e um território existencial que apesar de repressor e punitivo, vive e pulsa.

Interessávamo-nos em compor com as linhas de fuga que ali desterritorializavam e, principalmente, fortalecer o agenciamento com os apenados para garantir-lhes, em alguma dimensão, novas possibilidades de cuidado. Portanto, passamos a utilizar e (re)construir a metodologia GAM como intervenção facilitadora do trabalho que possibilitou, em tal momento, a artesanaria de territórios. Nesse sentido, o território capturado é o problema, mas principalmente a possibilidade subversiva de resistência. O agenciamento talvez tenha sido

um relevante vetor de cuidado, e não é possível passar por essa experiência de maneira isolada, sem que ela desconstrua toda noção de cuidado e território previamente estabelecida. Tal afetação será tratada nessa escrita a fim de disparar problematizações.

O terceiro território, enfim, se inicia e constitui enquanto problema e interesse de pesquisa ao participar de grupos focais com trabalhadores da Rede de Saúde Mental da Grande Vitória no estado do Espírito Santo. A pesquisa “Processo de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial da Grande Vitória: os caminhos e os impasses na produção do cuidado em saúde mental”, conduzida pelo grupo de pesquisa “Políticas Públicas e Práticas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, vem sendo coordenada por professores e acadêmicos do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) da UFES. Inicialmente os grupos focais estiveram ligados a sete eixos de trabalho: 1) Saúde Mental Infantojuvenil; 2) Atenção às situações de crise; 3) Cuidado em álcool e drogas; 4) Saúde Mental na Atenção Básica; 5) Desinstitucionalização nos CAPS; 6) Desinstitucionalização nas Residências Terapêuticas (RT); 7) Grupo focal com os gestores.

Houve uma divisão entre os pesquisadores para condução e manejo de cada grupo focal. Posteriormente, o mesmo pesquisador auxiliaria na análise e transcrição do material de cada encontro. Nessa etapa de divisão de trabalho, há uma escolha em participar dos grupos focais com a temática desinstitucionalização.

Havia um interesse em estar nesses grupos especificamente: ouvir dos trabalhadores sobre o que se tem feito enquanto práticas de desinstitucionalização e entender como vem ocorrendo esse processo nesses municípios, já que esse movimento deve fomentar o cuidado do usuário pelo território.

Entendendo a desinstitucionalização como movimento instituinte da reforma psiquiátrica, o que aparece nas análises dos grupos focais é um sentido complexo, com muitos atravessamentos que afetam e influenciam tal processo.

Os trabalhadores apontaram uma divisão entre os serviços da RAPS e o território. Relataram que, muitas vezes, é necessário montar agenda de acolhimento para um serviço que funciona de portas abertas; disseram de uma gestão municipal enrijecida, entre muitos outros analisadores. Contudo, se apostamos em movimentos de mudança, “(...) tal processo somente terá efetividade se estiver conectado com os serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários” (BRASIL, 2010, p. 16).

Quais são as barreiras enfrentadas cotidianamente que dificultam tal experimentação territorial no modo de cuidar? Apostamos que retomar esses atravessamentos através de uma construção coletiva narrativa pudesse ser um dispositivo de intervenção que ajudaria a ressignificar os “nós da rede”, muitas vezes citados ao longo dos grupos focais. No momento dos grupos focais, não havia um espaço com a temática território.

As oficinas narrativas sobre práticas de cuidados territoriais deram vazão ao que chamamos de afluente de pesquisa. Essas afetações foram conduzidas por uma metodologia de escrita coletiva com trabalhadores de saúde mental que pudesse disparar efeitos territorializantes. Optamos por estar ao lado deles nesse momento, por acreditarmos que sejam disseminadores de cuidados.

Os três territórios (GAM no CAPS: *modus operandi*, GAM no cárcere: afetação profissional, e as oficinas narrativas com trabalhadores: afluente de pesquisa) são referenciados, pois trazem consigo a potência criativa de um território que cuida. Dessa forma, as análises serão feitas a partir do problema que emerge em contato com as experiências de campo: de que maneira o cuidado se expressa a partir dessa prática criativa e inventiva de território? Tais vivências são assim nomeadas por trazerem referências cartográficas ao acompanhamento desses percursos.

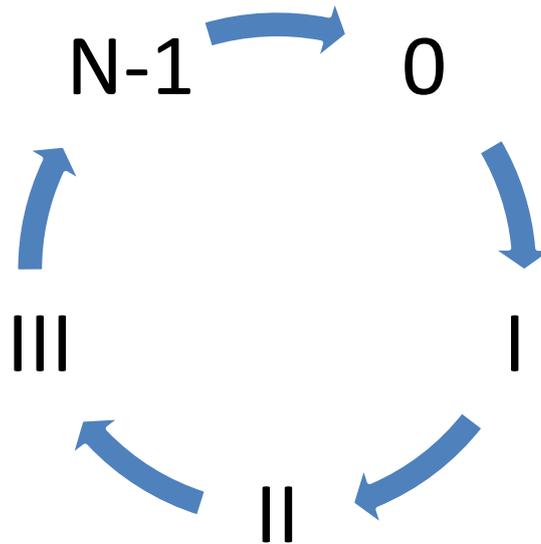
Portanto, o **capítulo N-1** traz contextualizações das experiências e conceitos, além de uma breve contribuição histórica dos processos de exclusão, estigmatização e preconceito, o que fundamenta a escolha narrativa e nos liga à promoção de uma ética de cuidado.

No **capítulo zero** trataremos de expandir os conceitos de território, além de estruturarmos a proposta de escrita com a disposição de metodologia, hipótese, objetivos e justificativa.

O **capítulo I** ou *primeiro território* traz consigo a experiência nos grupos GAM no CAPS, bem como percurso de pesquisa enquanto método e manejo que se mantém ao lado do usuário, a fim de garantir a promoção da autonomia coletiva, ampliação do protagonismo e reposicionamento diante do tratamento em saúde mental.

O **capítulo II** ou *segundo território* narra algumas experiências da GAM no contexto do cárcere, deixando transparecer que, mesmo em um ambiente mortificado e punitivo, há constituição de agenciamentos existenciais, há processos de fuga e desterritorialização, e com eles é possível produzir uma intervenção que cuida.

Por fim, o **capítulo III** ou *terceiro território* trará o aflente de pesquisa, com muitos elementos à deriva que emergem nos grupos focais. Essa etapa da pesquisa criou outro caminho de interesse e tomou por método a operacionalização das oficinas narrativas através da escrita coletiva e o mapeamento de múltiplos sentidos sobre território e cuidado.



## CAPÍTULO N-1<sup>6</sup>

### CONTEXTUALIZAÇÕES: TERRITÓRIO POR UMA PRODUÇÃO ÉTICA DE CUIDADO

De tudo que é nego torto  
Do mangue e do cais do porto  
Ela já foi namorada  
O seu corpo é dos errantes  
Dos cegos, dos retirantes  
É de quem não tem mais nada

Dá-se assim desde menina  
Na garagem, na cantina  
Atrás do tanque, no mato  
É a rainha dos detentos  
Das loucas, dos lazarentos  
Dos moleques do internato

(...) E é por isso que a cidade  
Vive sempre a repetir

Joga pedra na Geni!  
Joga pedra na Geni!  
Ela é feita pra apanhar!  
Ela é boa de cuspir!  
Ela dá pra qualquer um!  
Maldita Geni!  
(Chico Buarque)

É preciso encontrar um modo de iniciar a caminhada com auxílio desse mapa. De tanto andar e se perder, parar para respirar, quando se caminha com ele, de que maneira é possível encontrar-se? Um mapa que não tem começo, nem fim, mas amplas aberturas e brechas para criação de caminhos. É preciso escolher alguma e embrenhar-se, afetar-se. Ao olhar para trás, para os lados, rapidamente vem o questionamento: em que ponto desse mapa estamos? Ele parece ter mudado tanto. Ainda é o mesmo mapa? O antigo parecia reto, trazia confiança. O que fazer agora que esses traços se tornaram sinuosos? Agora que as estradas

---

<sup>6</sup> **N-1:** Ao capítulo N-1 não interessa representar o início dessa caminhada, e por isso, esse não é o primeiro capítulo. Nomear esse ponto do mapa de N-1 simbolicamente busca tratar de questões que se abrem e tomam a potência de se conectarem a outras. Questões não totalizantes, que trazem elementos recolhidos ao longo do próprio percurso com as experiências, e que disparam ou auxiliam ao entrar em contato com outros pontos do mapa. “(...) mil platôs se mantêm lado a lado sem hierarquia e sem totalização. Tal geologia filosófico-política convoca a uma decisão metodológica, ou melhor, a uma atitude (*ethos* da pesquisa) que opera não por unificação/totalização, mas por “subtração do único”, como na fórmula do n-1. Menos o Uno. Menos o Todo, de tal maneira que a realidade se apresenta como plano de composição de elementos heterogêneos e de função heterogenética: plano de diferenças e plano do diferir frente ao qual o pensamento é chamado menos a representar do que a acompanhar o engendramento daquilo que ele pensa. Eis, então, o sentido da cartografia: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 10). Esses autores nos provocam com questões pertinentes, pois “são múltiplas as entradas em uma cartografia” e em um mapa que foi traçado como rizoma, ou em “um sistema acêntrico, como conceber a direção metodológica?” (2009, p. 10). Não faria sentido para esse mapa disparar a escrita pelo primeiro capítulo, tendo em vista as tantas voltas, recomeços, tropeços, entradas e desencontros dessas experiências. Em algum momento, o sentimento era: como essa escrita veio parar aqui? Onde isso tudo começou? Não é possível identificar o começo, o meio e o fim em um rizoma.

mudaram de lugar. Que coisas brotaram do chão e modificaram a paisagem. Quando mesmo, ou melhor: em que momento esse andarilhar deixou de ser um percurso que ficaria ali estático, e passou a fazer parte do andarilho? O caminho entrou no andarilho? O andarilho modificou a paisagem? Ou ela o modificou? Um percurso que é vivo, que se movimenta e se transforma. Tudo está tão diferente agora. O que fazer com isso que foi recolhido? Pedacinhos tão pequenos e pedregulhos. Vamos juntar? Dispor um atrás do outro? Talvez facilite para o próximo andarilho. Não recomendo esse mapa! Ele é torto, não serve para coisa alguma. Afinal, qual a serventia de um mapa, quando se há de construir seus próprios caminhos?

No perder-se e desviar-se houve encontros com pessoas, modos de vida, instituições. Desses encontros surgiam interesses, afetos, questões que mobilizavam, e com esse emaranhado de experimentações, sensações, inquietações, é preciso caminhar. Caminhamos. Por vezes sabendo como, mesmo sem saber onde, e vice-versa.

Optamos por apresentar traços condutores de experiências narrativas e encontros facilitadores ou não da produção de cuidado em saúde mental, que inevitavelmente envolviam atravessamentos institucionais e processos de (des)territorialização. A partir dessas narrações, serão levantadas algumas análises, arranjos e considerações. Despret (2011) afirma que o encontro, nesse caso com aquilo que se delimita enquanto problema de pesquisa, todavia, “não se produzirá sob o signo das soluções” (p. 30), mas, talvez, optemos em “tornar visíveis algumas coisas que para nós são tão naturais que se tornaram invisíveis” (p. 30).

Três encontros distintos modulavam-se enquanto experiências e quase que intuitivamente acabaram por produzir um interesse de pesquisa. Deleuze (2012), no capítulo “A intuição como método”, afirma que Bergson apresenta frequentemente a intuição como ato simples. Mas, segundo ele, a simplicidade não exclui uma multiplicidade qualitativa e virtual; “(...) deve-se, portanto, reencontrar a simplicidade da intuição como ato vivido.” (p. 10). Nesse sentido, a intuição implica uma pluralidade de acepções, pontos de vista múltiplos, irreduzíveis.

As narrativas construídas a partir dessas aberturas e agenciamentos pretendem trazer a polifonia da experiência, de modo que, ao longo da escrita, o leitor em algum momento pode acabar por confundir o narrador com outros participantes que também compuseram os campos de pesquisa.

O que vejo do outro é precisamente o que só o outro vê quando se trata de mim, mas isso não é essencial para nosso propósito, pois em minha vida, a inter-relação “eu-o outro” é concretamente irreversível; tudo isso é compensado pelo conhecimento que

constrói um mundo de significados comuns, independente dessa posição concreta que um indivíduo é o único a ocupar, e onde a relação “eu e todos os Outros” não é absolutamente não-invertível, pois a relação “eu e o outro” é, no abstrato, relativa e invertível. (BAKHTIN, 1997, p. 43–44)

As narrativas através da polifonia manifestam experiências coletivas. Mesmo quando narradas por uma pessoa, elas necessariamente suscitam (des)individualização. É o resgate do plano comum na experiência: “ao mesmo tempo, um comum partilhado e partes exclusivas” (RANCIÈRE, 2005, p. 15). Partilhamos um domínio comum do qual fazemos parte em função do modo como juntos habitamos um território, coexistimos em um tempo e compartilhamos um tipo de atividade, um modo de fazer (PASSOS; KASTRUP, 2013, p. 268).

Para Bondía (2002), a experiência coletiva da qual tratamos é “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (p. 24). Esse autor faz referência a Walter Benjamin para diferenciar aquilo que passa durante o cotidiano e aquilo que acontece, trazendo as experiências como acontecimentos cada vez mais raros. Isso pode estar ligado ao excesso de informação, cobrança por otimização do tempo, aumento das desigualdades sociais e processos de exclusão acentuados com o capitalismo e seus modos de produção.

Em qualquer caso, seja como território de passagem, seja como lugar de chegada ou como espaço do acontecer, o sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura. O sujeito da experiência é um sujeito “exposto”. (...) Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “expõe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre (BONDÍA, 2002, p. 24–25).

A experiência, portanto, nesse contexto: 1) é necessariamente narrativa; 2) está ligada a um contexto histórico, sendo sempre coletiva e, portanto política; 3) produz conhecimento; 4) está ligada a vida de pessoas, populações, modos de vida, que se conectam por um plano comum da experiência e comportam também a diferença; 5) é aquilo que possibilita falar os detalhes; 6) geralmente não pode ser replicada já que está mais ligada à artesanaria, ao plano dos afetos, da implicação, do agenciamento, ao recolhimento dos cacos, dos restos, dos produtos de exclusão e opressão.

Essas experimentações narrativas terão sua fonte de letra modificada, a fim de diferenciar o conteúdo que traz experiências recolhidas na construção com esses campos daquilo que seria propriamente o texto bibliográfico. Quando citarmos falas de pessoas em sua integralidade (descontextualizadas de um formato narrativo), essas por sua vez virão com

a fonte *Times New Roman em itálico*. Além disso, nos fragmentos narrativos, utilizaremos de nomes fictícios para nos referirmos aos enunciadores e narradores que compuseram as escritas coletivas, não havendo desse modo identificação de nenhum participante.

Ao introduzir uma experiência narrativa, estaremos enunciando fragmentos de experiências territoriais. Ao diferenciarmos a narrativa do texto bibliográfico, pretendemos contar histórias, conhecer pessoas e modos de vida, levando em conta os atravessamentos, dificuldades e processos de exclusão, estigmatização, ou até mesmo mortificação de algumas parcelas da sociedade. O texto bibliográfico, bem como os autores nos quais nos referenciamos, proporcionam reflexão sobre o que a narrativa traz enquanto experimentação coletiva.

As narrativas buscam tratar principalmente de duas parcelas da sociedade que vivenciaram experiências de sequestro e/ou usurpação de seus respectivos territórios: os loucos e os presidiários. Não era evidente a motivação de buscar ou insistir em aproximações com essas duas partes da população. Nesse sentido, o início dessa pesquisa foi intuitivo. Houve o agenciamento com experiências múltiplas que pareciam não se conectar. Intuitivamente não nos afastamos: insistimos. Não optamos por um campo apenas, porque essa pesquisa trata-se, sobretudo de um problema comum que a todos atravessa: o(s) território(s) e seus movimentos existenciais.

## PRIMEIRO TERRITÓRIO – *MODUS OPERANDI*

### Território Pesquisa: a Estratégia GAM no CAPS (por uma experiência de pertencimento)

Alice

O manejo dos grupos, de forma a criar condições que assegurassem a produção de autonomia coletiva através da valorização das falas dos diferentes sujeitos, era em certa medida uma prática em construção.

A sensação era de errar e acertar. Mais errar que acertar. Por muitas vezes, preferi ficar calada ao longo dos encontros do grupo GAM; até me deparar novamente com Alice, que com toda sua dificuldade de fala e falta de “habilidades sociais”, conseguia se posicionar através da repetição. Fomos aprendendo aos poucos com ela. Repetíamos a mesma coisa por diversas vezes, na esperança de entendermos nosso próprio lugar naquele espaço, até que o sentido de sua narrativa, desconexa aos nossos ouvidos, fosse compreendida por nós, acadêmicos.

Os lugares ocupados no grupo (manejadores, pesquisadores) não precediam a intervenção. O que houve foi a cocriação e, portanto, a produção desses lugares. O lugar

de pesquisadora do grupo GAM foi uma construção que se deu com a experiência e em meio à prática todos os participantes tornaram-se pesquisadores. Nessa medida, a intervenção produziu os pesquisadores e os pesquisadores produziram a intervenção.

Alice, nos primeiros encontros, falava repetidamente sobre a fuuuu, fuunnnnn fundição, fundição, fundição. Fundição hoje? Hoje? Hoje fundição? (Fundição era um espaço de artesanato que o CAPS utilizava em alguns dias na semana, do qual ela parecia gostar). Sempre era preciso explicar que aquele dia não era o dia do artesanato.

Passados alguns encontros, essa usuária demonstra interesse pelo Guia GAM. Por diversas vezes, apresenta o desejo de levar o lllivro para casa. Livro, livro, lllivro, vou ganhar? Ganhar livro hoje? Hoje? Ganhar? Livro! Em certo encontro chega a dizer: quero falar! Expressara nesse momento uma forma de se posicionar e ser ouvida, visto que outros participantes do grupo não costumavam valorizar o que ela dizia. Seu pedido de fato não estava sendo legitimado. Era automático no próprio grupo que os participantes silenciassem a fala de Alice, pois sua fala aparentemente não fazia sentido ou estava fora de contexto. Havia receio em deixá-la levar o guia para casa e ela se esquecer de trazer no encontro seguinte. Sempre a mesma resposta: depois Alice, depois você vai levar. O que Alice pedia quando demonstrava interesse em levar o llii livro para casa? Qual o significado da resposta automática "depois"? Ela insistia: "depois, depois, depois vou ganhar?".

Os pesquisadores firmaram um compromisso: pode levar o guia, mas traga na semana que vem. Para a surpresa de todos, na semana seguinte ela tira o guia da bolsa e o mostra sorrindo, pois havia cumprido o compromisso.

Ao avançar dos encontros, Alice passa a abrir o guia na página 68 (na qual se encontra a ilustração de uma receita médica) e questiona: vou ganhar? O contracheque e o livro depois né? Depois né? Isso, depois, depois. Receita, contracheque.

Contracheque, contracheque. Receita, receita. Mesmo Alice repetindo por centenas de vezes, ao longo de muitos encontros, não se entendia o significado de ganhar uma receita e um contracheque. Teve de repetir por mais diversas vezes, até que sua situação de curatela fosse compreendida. Nem seu "cheque" (benefício), nem sua receita de medicação psiquiátrica passavam por ela.

## SEGUNDO TERRITÓRIO

### Território Existencial: A Estratégia GAM no contexto do cárcere (pela artesanania de territórios)

Cárcere, voz e vida que resiste e pulsa

Há de se ter bastante cautela ao iniciar uma experiência narrativa. Não que seja um caminho sem volta. Não. É possível apagar e reescrever. No entanto, a reescrita se dará em consequência de. Já contaminado por algo que deixou de ser, ou não. Não é desse sentimento que trataremos. Mas, sem saber ao certo por onde começar, é ele que vem. A

partir dessa construção inicial de pensamento e, não sendo possível demorar por ele, será enunciada uma experiência de trabalho em saúde mental.

Há muitos atravessamentos nesse corpo narrador, pesquisador e trabalhador. Ao estabelecer um contrato de trabalho em um presídio, perde-se, em tese, uma das ferramentas essenciais para desenvolver e promover cuidado em saúde mental: o território. Ao auxiliar na condução de uma pesquisa-intervenção participativa nos CAPS (serviços que teoricamente são prioritariamente territoriais) por três anos, sentia-me formada com o território, pois era com ele que se expressavam os efeitos da intervenção. Havia uma construção não só da intervenção, do campo, do pesquisador e dos participantes — havia, sobretudo, processo de habitação e expressão territorial.

Em um contexto de instituição total, a possibilidade de território seria, então, a cela em que os detentos passavam dias e noites. Por algum tempo, isso fez com que o trabalho não constituísse sentido. Seria preciso, dessa maneira, fomentar com aqueles internos um dispositivo que disparasse uma experiência de pertencimento.

O necessário em uma instituição total talvez seja inventar um território próprio com as poucas ferramentas que se tem. O que se tinha era um Guia GAM, usuários de saúde mental e pessoas com adoecimento psíquico em uso ou não de psicofármacos. Alguns desses internos-usuários possuíam um duplo estigma: o transtorno mental agravado pela condição de cárcere. O tratamento da psicose nesse contexto geralmente se reduz ao psicofármaco, e ainda assim com muita limitação, tendo em vista que não é sempre garantido consulta com psiquiatra. Alguns usuários estão há anos sem ajuste da medicação e existem poucas possibilidades de acesso a outras formas de tratamento. Sem falar do próprio contexto, que é adoecedor e, por vezes, produtor de loucura.

Com o Guia GAM no presídio e a proposta de intervenção, pretendia-se garantir com esses usuários um reposicionamento sobre suas próprias condições. Corpos adoecidos, de possibilidades reduzidas a quase nada. Que tipo de experimentação é possível em um contexto que se fecha?

Inicialmente, o espaço disponível para condução dos grupos era uma sala de aula vaga dentro mesmo da penitenciária. Essa sala possuía uma grade que a atravessava em toda extensão e servia para separar professores e alunos, lhes garantindo “segurança”. Resistimos. Dissemos que daquele modo não seria possível. Mas vocês tem certeza que querem sentar-se ao lado deles? E se acontecer alguma coisa? E se fizerem vocês de refém? O medo é uma prática instituída. Precisamos sentar com essas pessoas em roda, ao lado deles, sem algemas, e inspetor fica do lado de fora, por favor.

As aulas voltaram. Precisaríamos nos arranjar em outro lugar.

Pela falta de espaço garantido, em outra sala menor que a anterior, onde ou bem cabiam pessoas, ou bem cabiam cadeiras, foram estiradas cangas de praia no chão para que todos — participantes trabalhadores e participantes usuários — pudessem sentar em

roda. Garantindo que os participantes estivessem livres de algemas ou marca-passos, os internos e as trabalhadoras ficaram livres dos chinelos e calçados, inclusive. Como se, naquele momento, reposicionando aqueles corpos, **indisciplinarizando-os**, percebêssemos seus deslocamentos. Corpos tão marcados em movimentos: mãos juntas algemadas para trás; pés amarrados por algemas que se arrastam. Ao menos nesse momento, poderiam estar em roda, sentados em posição não convencional, com movimentos ainda mecânicos, porém “livres” de amarras físicas. Era uma condição: para participar do grupo, é preciso estar sem algemas.

Não foi fácil pactuar essa intervenção. Ela ocorreu após meses trabalhando como psicóloga do lugar. Os agentes indagavam sobre o que estaríamos tentando fazer ali: montar uma praia com aquelas cangas? As cangas coloridas proporcionavam certa “leveza” ao local, pois quebravam o aspecto cinza das paredes.

Muitos se interessavam em observar aquela intervenção estranha. O estranhamento aparece por internos e trabalhadores estarem misturados, compartilhando o mesmo espaço, sentados em cangas de praia dentro de um presídio, onde a vigilância é constante. A dez passos, os agentes representam a “ordem”. Não que estirar cangas no chão resolva o problema. O problema é bem maior que as cangas, ou as armas, ou a própria estrutura física do presídio. No entanto, criar uma experiência correlacional de lateralidade e rompimento com o convencional foi, nesse momento, fundamental para mobilizar discussões importantes sobre estigma, acesso e ampliação do tratamento, por exemplo. Reposicionar os corpos fez por reposicionar também as falas. Eles puderam dizer e foram ouvidos.

Com a implantação do dispositivo GAM no presídio, notamos que é possível criar, inventar, insistir em experiências territoriais para fomentar ampliação e autonomia dos sujeitos. Isso expressa a tentativa de promover cuidado através da lateralidade e cogestão.

### **TERCEIRO TERRITÓRIO**

**Afluentes de pesquisa: oficinas narrativas com trabalhadores da saúde mental (por uma política da narratividade como intervenção e criação de territorialidades)**

Modos possíveis e criativos de agenciamentos (alianças)

Muitas são as expectativas ao entrar no mestrado em Psicologia Institucional na UFES. Observar o que se passa em uma turma nova, de uma universidade até então desconhecida, em uma cidade não familiar, é pôr-se em desconstrução constantemente.

Pode-se dizer que a experiência vivida nos últimos anos foi um movimento de (des)territorialização intenso, além de muitas outras coisas. Por entre descobertas, aproximações e habitações, o que possibilita o desenvolvimento dessa escrita foram exatamente os vínculos e parcerias construídos até aqui. Parafraseando Tykanori Kinoshita

(1996, p.57), sou mais autônoma quanto mais dependente de tantas coisas puder ser, pois isso amplia minhas possibilidades.

O grupo GAM no presídio não poderia ocorrer sem os demais colegas de trabalho e equipe de saúde.

A condução das oficinas voltadas para a experiência dos trabalhadores e usuários da RAPS na Grande Vitória não poderia ser desenvolvida sem dois colegas do mestrado, que também se interessam por esse campo de militâncias. A sala estrategicamente pensada para disparar um sentimento de "grupalidade" com os trabalhadores só pôde ser emprestada por uma parceria com a professora coordenadora do PPGPSI, Ana Paula Louzada. O convite aos trabalhadores que compuseram as oficinas não seria possível sem a aproximação com as pesquisas das professoras Adriana Leão e Janaína Mariano. Essas conexões foram buscadas, em um trabalho de agenciamento e esforço de aproximação.

A construção desses vínculos e a ampliação da própria rede de apoio foi o que possibilitou o desenvolvimento desse trabalho de maneira autônoma. Uma autonomia criada por muitos, necessariamente coletiva. Por isso esse texto é uma rede tecida por muitas mãos, com amplos espaços de abertura e fissuras que nos permitem embrenharmos.

Como um corpo que busca pouso, costumamos nos aproximar daquilo que nos oferece algo. Dessa forma ocorre a aproximação aos grupos focais com os trabalhadores da RAPS na Grande Vitória/ES. Os grupos permitiam, inicialmente, pouso, escuta e compartilhamento sobre essa realidade até então desconhecida. Na divisão dos pesquisadores que participariam da condução de cada grupo focal, há uma escolha em participar daqueles com a temática desinstitucionalização. No decorrer dos grupos, ouvíamos sobre as práticas que eram instituídas ao processo de trabalho. Quais são os analisadores tateados aqui? O que está posto na produção de trabalho que tem tornado essas práticas mais instituídas e menos instituintes? É preciso demorar nesse atravessamento. Por onde ocorrem essas práticas? O que auxilia no processo de desinstitucionalização em saúde mental? Até então não existia um grupo com a temática "território".

Ao final dos grupos focais, e com o atravessamento inicialmente escolhido "desinstitucionalização", deu-se vazão a outra intervenção, nomeada como afluyente de pesquisa. Esse percurso outro, afluyente, com elementos à deriva, opta por disparar uma experiência narrativa sobre a temática do território, incluindo trabalhadores em uma estratégia de pesquisa-intervenção participativa/narrativa. Em roda, buscou-se discutir, ampliar e produzir sentidos sobre o território — esse que talvez seja a possibilidade instituinte das novas práticas em saúde mental que corroboram com a desinstitucionalização.

Por terem experiência com esse modo de produzir conhecimento, convido usuários de saúde mental que são escritores e redatores de um jornal para ajudarem na organização, análise do material e escrita proveniente das oficinas narrativas com os

trabalhadores. O Jornal da Gente é um projeto de extensão vinculado a UFES que trata de questões pertinentes à saúde mental.

Com a colaboração dos usuários nas oficinas narrativas, foram múltiplas as experiências trazidas ao longo da intervenção, que teve a duração de três encontros. Uma das trabalhadoras, ao desenhar o cuidado no território, representa o CAPS de portas fechadas e sinaliza que gostaria de abri-las. Essas portas fechadas abriram caminhos para outros significantes: um deles problematiza sobre como tem ocorrido a produção de cuidado no campo da saúde mental em quatro cidades da Grande Vitória.

No primeiro território, a questão nos entrelaça pela perda do direito sobre si. Para garantir o cuidado nesse caso é necessário criar possibilidades de cogestão, de forma coletiva e colaborativa, em que se fortaleçam a noção de pertencimento, de captura de direitos, de cidadania. Historicamente, foi estabelecido que certas subjetividades não respondem por elas. São subjetividades incapazes de gerir suas próprias vidas, seus direitos e deveres, sendo preciso que *outrem* exerça a função de tutelar a vida do incapacitado. Entre muitas coisas, a estratégia GAM busca o protagonismo e a ampliação da autonomia coletiva dos sujeitos que, por possuírem algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, podem sofrer experiências de opressão. Nesse sentido, o cuidado deve partir, portanto, de uma construção com Alice, garantindo a negociação de alguns direitos que lhe foram negados. Na medida em que ocorre essa experimentação, é disparada também uma sensação de pertencimento aos espaços aos quais, por tanto tempo, ela não pôde pertencer.

No segundo território, a questão comparece associada à perda de liberdade. Estamos tratando de uma instituição de sequestro, de segregação, que retira o sujeito de suas articulações existenciais de vida, rompe vínculos e aprisiona corpos como forma de punição. Uma das poucas possibilidades de produzir cuidado em uma instituição total é tendo como direção também a prática da cogestão, lateralidade e escuta; e, através disso, a partir de algumas estratégias, compor/criar/inventar com aqueles sujeitos, agenciamentos e sentidos de ampliação.

No terceiro território, mapeamos pistas que nos levam a possibilidades de cri(ação) e invenção de práticas territoriais, de um *ethos* e modos de cuidar instituintes que corroborem com o movimento da reforma psiquiátrica. Identificamos o terceiro campo como um aflente de pesquisa que se desenvolve enquanto estratégia de intervenção participativa por uma política da narratividade. Para essa criação, compomos oficinas narrativas com trabalhadores

de saúde mental da RAPS na Grande Vitória e buscamos compreender como os trabalhadores vivem, pensam, sentem e trabalham com o território.

Ao final (e também início) da apresentação desses referidos territórios de experimentação, não será eleito um para concluir ou prosseguir. O mais importante é andarilhar com eles, mapeando-os, e perceber como a composição desses percursos nos conduz a um problema: **de que forma o cuidado se expressa a partir de uma prática inventiva e criativa de território?**

Os três encontros são apresentados para definir um campo problemático que circunda ao redor da criação de territórios, bem como a necessidade de operá-los enquanto dispositivo de cuidado. Como estes vetores se encontram? O que de comum atravessa tais experiências?

Pontuamos alguns desses atravessamentos. São questões problematizáveis quando nos aproximamos da experiência da loucura atrelada a longos séculos de internações psiquiátricas compulsórias e do aprisionamento dos corpos marginais ou marginalizados, rebeldes, de fuga e captura. Os loucos e os presidiários vivenciaram (e ainda vivenciam), de maneiras distintas ao longo da história, as experiências de aprisionamento, controle, vigilância, violência física e psíquica, usurpação de seus territórios, direitos e rompimento com seus vínculos sociais, afetivos, culturais, entre tantos outros.

Nessas experiências estão presentes questões de saúde mental, sofrimento psíquico gerado pela exclusão, institucionalização, estigma, marginalização e preconceito, modos de resistência às instituições de sequestro, e experiências de aprisionamento e enfrentamento frente às instituições totais. Algumas dessas questões serão levantadas de maneira diluída ao longo desta produção textual e das narrativas produzidas nos encontros com os três campos. Isso quer dizer que, em muitos dos fragmentos trazidos, essas questões comparecem, mesmo que não sejam nomeadas ou numeradas.

Tais questões nos levam inevitavelmente ao território enquanto instrumento de produção de cuidado, pois é pelo controle dos corpos através do poder, das leis, do estado, que é permitido afastar alguns sujeitos da sociedade como forma de punição ao “desajuste social”, à “loucura”, à “marginalidade”. Na contramão desse exercício punitivo que nos atravessa, identificamos o território como uma possibilidade de operar a fim de desestabilizar a reprodução desse modo excludente, que aprisiona determinadas subjetividades. Objetivou-se construir uma experiência territorial a fim de garantir, muitas vezes de forma molecular, o

cuidado, dentro e fora das instituições totais e também daquelas corporificadas nos micro e macro acontecimentos cotidianos.

Utilizaremos, portanto, a estratégia GAM e a política da narratividade como instrumentos de intervenção capazes de produzir, em partes, através da artesanaria, alguns dos territórios que foram capturados e aprisionados em experiências asilares, de sequestro, exclusão e marginalização social.

### **Territórios, sequestros e punições**

Que espécie de gente vive por aqui? Perguntou Alice.  
 Naquela direção, vive um Chapeleiro; e naquela direção,  
 uma Lebre de Março. Visite qual deles quiser:  
 os dois são loucos. Respondeu o Gato.  
 Mas não quero me meter com gente louca. Alice observou.  
 Oh! É inevitável, somos todos loucos.  
 Eu sou louco. Você é louca. Disse o Gato.  
 Como sabe que sou louca? Indagou Alice.  
 Só pode ser, ou não teria vindo parar aqui. Respondeu o Gato.  
 (Lewis Carroll)

A percepção social da loucura passou e ainda passa por inúmeros deslocamentos e concepções ao longo da história, estando ela em processo de atualização contínuo e imanente. Nos séculos XVIII e XIX há a inauguração de uma nova forma de relação, agora dominada pelo saber da medicina mental ou psiquiatria e ganhando, desse modo, um estatuto de cientificidade. Foucault (1978) reflete sobre a produção da loucura; mais especificamente, de uma “alienação mental” e, posteriormente, “doença mental” que, historicamente, passa a estar associada à ideia de exclusão, ao passo que essa condição se transforma em doença e, naturalmente, como doença, precisa ser “curada” através de um dispositivo de internação antes de retornar ao contexto social.

Tal lógica, na medida em que se torna uma prática instituída, é a principal responsável pela produção de estigma. Esse processo de exclusão, sustentado/reproduzido por tanto tempo, torna-se a principal fonte de marginalização da loucura, posto que, na relação de poder, pensada por Foucault (1978), o louco é aquele que não sabe sobre si e, portanto, muitas vezes não é capaz de tomar decisões. Pelo fato de estar longe da “realidade”, traz ameaça, e acaba sendo excluído das relações sociais.

Quando o lugar da loucura passa por essa via — ou seja, deixa de ocupar uma posição mística, de sabedoria e dom, e é rotulada como doença que precisa de cura — ela acaba por se tornar uma condição passiva de sujeição da psiquiatria, justificada e amparada por um discurso científico, submisso a quem detém o saber sobre o outro e orientado por uma prática de normalização dos sujeitos ou moralização do tratamento, através de um hospital que prioriza a exclusão.

O louco representava perigo à sociedade, pois, ao perder o juízo, perdia também a capacidade de discernimento entre erro e realidade (AMARANTE, 2012, p. 31). O estereótipo da loucura provém de processos discriminatórios, imposição de saberes e poderes que se atualizam ainda hoje. Por tantos estigmas, rótulos e conhecimentos científicos pré-determinados, “justificados”, a ideia de internação nos vem à mente com facilidade, pois, nessa linha de raciocínio, é preciso internar esse sujeito que traz ameaça, que representa periculosidade. Por consequência, é preciso excluí-lo dos espaços sociais, inviabilizando qualquer protagonismo diante de seu tratamento, deixando-o longe do espaço comum.

A hospitalização tornou-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura. O tratamento era assentado quase que exclusivamente em técnicas coercitivas punitivas, inicialmente exercidas em “instituições totais”, como descritas por Goffman (1990) (apud CARNEIRO, 2008, p. 211–212). O processo de institucionalização da loucura, representado pelos muros, grades, instituições hospitalares e manicomiais, dificulta o fortalecimento dos laços afetivos, assim como a convivência social e comunitária desses sujeitos.

Em paralelo a discussão do manicômio como forma de isolamento sustentada pelo discurso higienista, que usa como codinome de finalidade a palavra “tratamento”, não podemos nos esquecer do cenário prisional que permite, em termos legais, a produção de marginalidade e violência e a manutenção de formas indignas do viver, com a justificativa de que, desse modo, “a justiça estaria sendo feita”.

No entanto, é preciso constatar que o processo de criminalização em geral é desigual e isso pode ser constatado na análise do perfil socioeconômico ou racial da maioria dos internos que compõem o ambiente prisional. Para Castro (1981) o sistema de classes influi nos processos de criminalização, principalmente a partir de três vias: 1) As condutas de vidas marginalizadas; 2) Indivíduos pertencentes a grupos subculturais desprovidos de poder (inclusive aquisitivo); 3) através do tipo de tratamento ou de sanção selecionada. Poderíamos ousar

e acrescentar a esse pensamento, ainda mais uma via importante ao processo de criminalização, principalmente no Brasil — a questão racial.

A partir do abolicionismo em 1888 no Brasil, dos seres humanos que foram escravizados ao longo da história, esses são postos à margem, tendo em vista que estariam “livres”, no entanto, sem direitos que proporcionassem a manutenção de uma vida digna a *posteriori*. Passaram de escravos para miseráveis, desocupados e periféricos. Segundo Bocco (2006) é nesse momento que a noção de periculosidade circula no país com mais intensidade e surge, portanto, a necessidade da vigilância permanente sobre os novos atores sociais – escravos libertos, desempregados, os considerados malandros. O movimento de vigilância explode em concomitância ao movimento higienista e eugenista das cidades por meios legais.

As práticas de isolamento e aprisionamento estão para além da privação de liberdade pura e simplesmente. São formas de punição, pois, nas palavras de Foucault (2014, p. 228), prescrevem uma recodificação da existência. O sujeito, tratado como marginal, que comete algum ato criminoso, é passível de punição, violência e perda de liberdade, em um cenário ideal de justiça. O presídio passa ser a instituição punitiva que devolve à sociedade a sensação de alívio, ao retirar o delinquente do território — e, portanto, representa o ápice da punição para o “mal”, o que na maioria das vezes proporciona uma sensação de bem-estar social. Para a manutenção do *status quo* ideário, a lógica do aprisionamento está posta nas relações de poder sociais e imaginárias. Conhecem-se todos os inconvenientes da prisão, e sabe-se que é perigosa, quando não inútil. E, entretanto, não “vemos” o que pôr em seu lugar. Ela é a detestável solução de que não se pode abrir mão (FOUCAULT, 2014, p. 224).

Na página 238 de “Vigiar e Punir”, Foucault (2014) infere que a pena individualizada não parte do indivíduo infrator como autor responsável do delito, mas parte do indivíduo punido, objeto de matéria controlada de transformação: o indivíduo em detenção inserido no aparelho carcerário, modificado por este ou a ele reagindo. O sujeito aprisionado modifica-se e, sobretudo, constitui-se com a prisão. Existe todo um regime de punições e de recompensas que não é simplesmente uma maneira de fazer respeitar o regulamento da prisão, mas também de tornar efetiva a ação da prisão sobre os detentos (p. 239). Por esse motivo, a prisão não pode ser vista como instituição inerte (p. 227); ela produz novos modos de existência, transforma-se pelas múltiplas configurações como um campo ativo em que ocorrem remanejamentos, experiências, testemunhos, alianças. É por esses movimentos existenciais que apostamos que seja possível compor com linhas de fuga para proporcionar, em alguma medida, possibilidade de vida.

A discussão prisional cabe ser pontuada, tendo em vista que nessas instituições encontram-se também pacientes de saúde mental, com diversos tipos de transtornos psiquiátricos e sofrimentos psíquicos, a quem são designados cuidados em saúde mental. Além disso, a instituição prisional funciona como uma espécie de depósito para pessoas provindas dos contextos sociais pobres, favelados, negros; pessoas às quais foram negadas tantas formas de acesso aos “espaços sociais legitimados” e “legalizados”. Como forma de limpeza das ruas, dos bairros, das cidades, continuamos a prender e a matar os corpos indesejados, desajustados, loucos, marginais, que não servem à ordem do sistema econômico.

Tradicionalmente, loucos e presidiários, de forma semelhante em alguns aspectos, tiveram ou tem os seus territórios capturados/sequestrados como forma coercitiva e punitiva. Isso quer dizer que, retirando-se o território em nome do “erro”, da “doença”, da “loucura”, da “marginalidade”, do “desvio”, pune-se em diversos sentidos.

A exclusão, o aprisionamento ou a internação tendem a afastar os sujeitos das possibilidades de cuidado ampliado e integral. Uma das finalidades dessa prática é a submissão dessas pessoas a situações de sofrimento como um todo, condições negligenciadas de sobrevivência, violências físicas e psíquicas, restrição aos acessos de vida, afastamento familiar, social e afetivo, entre outras. No entanto, esse processo vai ainda além, tendo em vista que a lógica da exclusão e aprisionamento atravessa o *socius* e, ao contrário do que se possa imaginar, não está restrita e delimitada aos muros dos manicômios ou presídios.

Por esses e tantos motivos, apostamos na lógica do cuidado em uma perspectiva de ampliação, ou seja: não aprisionar, mas acolher, incluir. A possibilidade de habitar mais espaços de existência, construir vínculos e parcerias com o mundo, já seria um expressão de cuidado. Nesse sentido, o território passa ser o problema e, principalmente, a possibilidade subversiva de resistir e existir de outro modo.

Em contramão a esse processo punitivo de exclusão, trabalharemos sob a lógica da desinstitucionalização, que busca fortalecer o exercício de cidadania através de laços sociais e rede de apoio, em um processo de habitação e experimentação, compondo com ampliações territoriais e existenciais. Talvez isso se inicie estando lado a lado, ao criar desse modo, principalmente, uma condição relacional em processos subjetivos de pertencimento a sua própria expressividade como sujeito de direitos. Rotelli (1990 apud HIRDES, 2009) define desinstitucionalização como:

Um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase

no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas (p. 300).

O processo de desinstitucionalização no Brasil foi diretamente influenciado pela Reforma Psiquiátrica Italiana e pela Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), que redireciona a assistência em saúde mental e dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais”, preconizando a necessidade de extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais. Além disso, seu autor Paulo Delgado (2011) afirma que “o sentido mais profundo dessa lei é o cuidado” (p. 4704). No entanto, lei sozinha não faz política. Foram décadas de militância social, conceitual e cultural para que, enfim, realmente houvesse a redução dos leitos e o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos. No estado do Espírito Santo, por exemplo, a famosa “clínica” de internação Santa Isabel, localizada na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, ainda abrigava 360 pacientes pelo Sistema Único de Saúde em 2015. No ano seguinte, restavam 21 pacientes, que foram enfim transferidos para residências terapêuticas segundo informações encontradas no site da Secretaria Estadual de Saúde (SESA)<sup>7</sup>. Essa realidade, infelizmente, ainda é muito presente para toda a população espírito-santense.

A RPB indica diretrizes para promover cuidado através do modelo de atenção psicossocial. A desinstitucionalização, como desconstrução da lógica e práticas institucionalizantes, é o que torna possível e potente a criação de vida. Primeiramente, isso diz da superação dos aparatos manicômiais, pois implica construção e ampliação de redes. Essas práticas tornam-se modos de resistência frente ao conjunto de saberes sociais, legislativos, jurídicos e científicos que fundamentam o lugar de isolamento, segregação e patologização da loucura enquanto experiência humana.

Amarante (1995, p. 59) explicita que:

Entende-se por Reforma Psiquiátrica um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam, se complementam. Desta forma, com essa dinâmica e pluralidade é, antes de mais nada, um processo. Isto é, algo que tem movimento, que não é estático e nem tem um fim ótimo. É um processo em construção permanente, porque mudam os sujeitos, mudam os conceitos, mudam as práticas, mudam a história!

Já Santos (2001, p. 261, apud DIMENSTEIN, 2006) insere a reforma psiquiátrica como um movimento social mais amplo, não restrita a uma mera concessão de direitos, mas

<sup>7</sup> Acesso online em 24 de fevereiro de 2019: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/estado-fecha-o-ultimo-manicomio>.

constituindo “uma reconversão global dos processos de socialização” (p. 78). Portanto, a reforma é um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego às formas de vida institucionalizadas, no qual é preciso produzir um olhar que abandone o modo de ver próprio da razão (ABOU-YD E SILVA, 2003, p. 41), e abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão (DIMENSTEIN, 2006, p. 78).

A RPB é esse processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político — é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1995, p. 494). Um dos novos direitos para os novos sujeitos é o cuidado territorial. Ser cuidado em liberdade torna-se questão de direito (re)adquirido por essas pessoas que tiveram suas vidas e subjetividades brutalmente segregadas ao longo da história.

Assegurar uma ética do cuidado integral para usuários de saúde mental, além de ser princípio político e importante estratégia que auxilia em processos de trabalho na atenção psicossocial, é também a base para a desinstitucionalização e integralidade do cuidado.

Nas palavras de Yasui (2006, p. 111–112), o cuidar em saúde nos remete a uma posição de comprometimento e implicação em relação ao outro. Além disso, é uma condição que possibilita, produz, mantém e preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Nesse sentido, cuidar significa atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento para olhar, ouvir e, principalmente, reconhecer o sujeito como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção, uma doença.

Nós — pesquisadores, trabalhadores, familiares, amigos — podemos ser produtores de diversos cuidados cotidianos. Resistir aos modelos obsoletos que se atualizam pode ressignificar o sentido de cuidado. O trabalho no território não é de construção ou promoção de “saúde mental”, mas de reprodução de vida, de subjetividades (AMARANTE; GIOVANELLA, 2002), e composição de um novo arranjo. O cuidado de base comunitária considera o sujeito e suas conexões; porém, estar atento a essas articulações a fim de ampliar os espaços de circulação e modos de expressão desses sujeitos de direitos parece ser um desafio para a rede de saúde mental como um todo.

A autora Magda Dimenstein (2006), em seu artigo “O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais”, nos convida a refletir sobre o enrijecimento diante das possibilidades de compartilhar o cuidado com o próprio

usuário. Esse questionamento nos direciona aos processos e tentativas de institucionalização da vida, onde há manutenção de saberes e poderes conservadores que fortemente silenciam forças vivas, potências para o novo e desconhecido, o que a autora chama de “desejos manicomial”. O manicômio vai muito além de seus muros representacionais, pois trata-se de uma lógica funcional que produz marcas e instaura formas de subjetivações estereotipadas. Segundo Machado e Lavrador (2001, p. 46), essa lógica se expressa “através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar”.

Ainda no referido artigo, é dito que a lógica manicomial não se limita às práticas de atenção, cuidado e especialidades clínicas. O estereótipo desses *modos de existência* passa através da política e de articulações microfascistas que estão ao lado da razão, da correção de tudo o que escapa à normalidade e da produção de práticas de disciplinarização. Esse movimento atravessa o *socius*, pois envolve todos. Por esse motivo, os serviços substitutivos não garantem sozinhos a superação desse desejo de segregação. Nesse sentido, como afirmar ampliações de experiências em meio a articulações de um modo social que por vezes reprime, segrega, repele?

Cavalcante, Jorge e Santos (2012) afirmam que os profissionais vivenciam currículos que marginalizam a saúde mental e os submetem à psicopatologia tradicional. Em geral,

são privilegiados os procedimentos clínicos aplicáveis a consultórios e ambulatorios tradicionais, o que promove a medicalização da vida cotidiana, a qual vai além da corriqueira medicação, perpassando toda uma postura cultural que transforma condições sociais e culturais em problemas apenas de ordem médica (OLIVEIRA, 2008, p. 41).

A revolução inicia com pequenas articulações, pela micropolítica, pelos agenciamentos e fissuras dos serviços de saúde mental que estão conectados a esse território relacional, transversal, expansível e propagador.

Para assegurar de fato a atenção em seu sentido psicossocial é necessário transcender os especialismos, tendo em vista que categorizar o cuidado por especificidades nos remete à lógica do encaminhamento e diminui a potência do trabalho que aposta no cuidado integral do sujeito. Nesse sentido, a formação médica, psicológica, social, de enfermagem, embora ajude no desenvolvimento do trabalho, não habilita para a prática do cuidado na atenção psicossocial. O cuidado ao qual nos referenciamos está ligado ao cotidiano, às relações de existência, e, portanto pode ocorrer em níveis moleculares. Trata-se talvez de despertar o social, as pequenas redes de troca, suporte e vizinhança, para a sensibilidade do cuidar.

É preciso retornar para a afirmação de Yasui (2006) sobre a potência do cotidiano como uma revolução da clínica tradicional, pois as estratégias de cuidado precisam estar ligadas à promoção de autonomia e valorização das singularidades. “Não uma clínica inspirada no reclinar-se sobre o leito do paciente, com olhar de quem observa e busca a doença. (...) Mas uma clínica do encontro, da invenção e da produção de sentidos” (p. 103). Assim, o lugar do cuidado “será qualquer um onde houver possibilidade de encontro com a vida e com a autonomização do sujeito. Um serviço substitutivo deve necessariamente ser pensado como um dispositivo que tece (no sentido de trabalhar a urdidura e a trama) e ativa uma rede de cuidados” (p. 103).

### **Estigma e preconceito provenientes da institucionalização dos corpos**

Dou respeito às coisas desimportantes  
e aos seres desimportantes.  
Prezo insetos mais que aviões.  
Prezo a velocidade das tartarugas  
mais que a dos mísseis.  
Tenho em mim um atraso de nascença.  
Eu fui aparelhado para gostar de passarinhos.  
Tenho abundância de ser feliz por isso.  
Meu quintal é maior que meu mundo.  
Sou apanhador de desperdícios.  
(Manoel de Barros)

Para Goffman (1993), a sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. Portanto, as particularidades que identificam um sujeito e que produzem em si uma identidade social definem previamente a que categoria esse indivíduo pertence. Um sujeito que não demonstra se ajustar a determinada particularidade, que escapa à regra, é pouco aceito pelo grupo social que não consegue lidar com a diferença. Em algumas situações, esse sujeito passa a ser visto como inconveniente ou até mesmo perigoso; ele perde seu lugar de pessoa em totalidade, é reduzido a um diagnóstico/doença estigmatizante e pode ter, assim, suas potencialidades não desenvolvidas em diversos contextos.

Ao ler essas palavras de forma automática, sem determinada formulação crítica, a sociedade pode ser vista como um conjunto de pessoas que formam uma estrutura totalizante, como se a loucura e tantas outras formas subjetivas não lhe pertencessem. Como se a estrutura social não fosse também produtora dessas inúmeras formas de posicionamentos subjetivos

distintos. Como se a sociedade não construísse o louco, e o louco não fizesse parte desse conjunto de pessoas ditas normais.

A sociedade é entendida, quer como mera acumulação, coletânea somatória e desestruturada de muitas pessoas individuais, quer como objeto que existe para além dos indivíduos e não é passível de maior explicação. Neste último caso, as palavras de que dispomos, os conceitos que influenciam decisivamente o pensamento e os atos das pessoas que crescem na esfera delas, fazem com que o ser humano singular, rotulado de indivíduo, e a pluralidade das pessoas, concebida como sociedade, pareçam ser duas entidades ontologicamente diferentes (ELIAS, 1994, p. 8).

O trecho sobre a constituição da sociedade e dos indivíduos é citado para pensarmos a complementaridade desses dois conceitos, que não se configuram como entidades dicotômicas. Para levar em conta as constituições sociais e individuais, é de extrema importância entender sua complementaridade: uma não existe sem a outra. Se os sujeitos sociais que agora ganham o estatuto de doentes têm suas subjetividades, angústias e sofrimentos brutalmente calados e abafados, “o que sobressai é o individual; não é mais o sofrimento gerado na esfera social que aparece, mas o indivíduo doente” (CARRETEIRO, 2006, p. 94). A partir desse ponto, torna-se possível problematizar esses atos excludentes a uma condição que é, sobretudo, social. A proposta talvez seja ampliar essa discussão, considerando tanto o lugar de submissão quanto os vetores estigmatizantes que atravessam o contexto social e alcançam os aparelhos de saúde.

Aquilo que estava logo de início implicado nestas relações de poder era o direito absoluto da não loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É esse poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença, no exato momento em que o sujeito que dela sofre encontra-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença (FOUCAULT, 1979, p. 174).

Diante dos seus medos e da necessidade de assumir as próprias responsabilidades, o homem tende a objetificar no outro a parte de si que não sabe dominar: ou seja, exclui o outro que ele tem dentro de si como contingência (BASAGLIA, 2005, p. 36).

A segregação dessas pessoas contribui para reforçar o estigma, tornando o louco dependente de um controle social que se exerce pela opressão e isolamento, atitudes cada vez mais difíceis de serem diluídas socialmente.

Considerando a problemática da exclusão e marginalização que o sujeito acometido com transtorno mental por vezes enfrenta, podemos pensar em uma desvalorização e/ou não legitimação da experiência do usuário em relação às formas de tratamento em liberdade. Essa

atitude viabiliza o silenciamento e o desempoderamento desses sujeitos, muitas vezes dentro das próprias instituições de saúde.

A exclusão e o empobrecimento das articulações são agravantes do estigma, do preconceito e até mesmo do desconhecimento, desinteresse ou afastamento por parte da população. Por isso, a proposta do cuidado territorial tem um papel importante para promover a desestabilização do estigma. Segundo Vasconcelos (2003), a transformação do estigma e da dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade parte de um desenvolvimento de iniciativas, sejam elas individuais ou coletivas, cotidianas ou permanentes, de caráter social, cultural e artístico, para mudar as atitudes discriminatórias nas relações, na comunidade local, na mídia e na sociedade mais ampla.

Desse modo, é de fundamental importância garantir a participação e a militância do grupo de usuários e familiares no sistema de saúde, atuando nos conselhos de saúde e outras políticas sociais, bem como assegurar a participação de usuários em pesquisas, planejamentos políticos e avaliação de serviços. Valoriza-se, no sistema público de saúde, o ponto de vista de quem vive concretamente, no plano pessoal e social, a experiência da loucura. Ainda com Vasconcelos (2003), pensamos que os grupos podem ser fortalecidos no sentido de desenvolverem participações cidadãs na comunidade local, por meio da associação de moradores e outros movimentos sociais, pois toda essa inserção também subsidia a criação de uma rede de vínculos fundamental para movimentos de mudança política.

A participação dessas pessoas protagoniza conquistas e avanços na política de saúde mental no Brasil. Associada a outras práticas, segundo Vasconcelos (2003), trata-se particularmente de uma luta ampla que propõe assegurar o direito à diferença e contemplar as minorias estigmatizadas, garantindo-lhes uma vida mais autônoma e participativa na sociedade, a despeito de qualquer condição física, existencial ou subjetiva particular.

Em relação aos direitos do usuário e à prática profissional (RAMON, 1992; VASCONCELOS, 2000) dizem que é preciso tentar superar condições e dispositivos culturais, institucionais e ambientais que reproduzem o estigma e a desvalorização social dos usuários, criando oportunidades para as pessoas, com condições de vida similares à boa parte da população rica em relação aos recursos sociais, estímulos e trocas.

De fato, a desinstitucionalização exige relação com território e o deslocamento das ações para o contexto social dos usuários, sua existência concreta, para mudar, em última instância, a relação do corpo social com a loucura (ROTELLI, 1992 apud LEMKE; SILVA,

2013, p. 9). Portanto, segundo esse autor, não há possibilidade de deslocamento do estigma e construção de novas formas de atenção e cuidado se não houver agenciamento a experiências. Desinstitucionalizar com práticas e sujeitos é apostar na ampliação da autonomia coletiva, no fortalecimento de vínculos sociais e, por consequência, na produção de direitos, pelo viés da integralidade que leva em conta o sujeito em todo o seu contexto político, social, familiar e subjetivo. Entender o sujeito para além de sua estrutura biológica ou de sua doença é poder acompanhá-lo, inserido em seu contexto de vida.

## CAPÍTULO 0 TERRITÓRIO, MAS QUAL?

De que são feitos os dias?  
De pequenos desejos,  
vagarosas saudades,  
silenciosas lembranças.

Entre mágoas sombrias,  
momentâneos lampejos:  
vagas felicidades,  
inactuais esperanças.

De loucuras, de crimes,  
de pecados, de glórias  
do medo que encadeia  
todas essas mudanças.

Dentro deles vivemos,  
dentro deles choramos,  
em duros desenlaces  
e em sinistras alianças.  
(Cecília Meireles)

A noção de território é polissêmica e de difícil conceituação, principalmente pela complexidade e abrangência que esse termo envolve. Esses sentidos têm sido apropriados como objeto de interesse da geografia, das ciências sociais, dos movimentos sociais, como estratégia política nas áreas da saúde, psicologia e filosofia. Existem ainda os territórios considerados “de pesquisa”. Para Gondim (2008), o território aparece como divisão político-administrativa, como área geográfica, ou como *locus*. Para Saffiotti (2017), é um tipo de abordagem de cuidado em saúde e na atenção básica, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico de atenção; dessa forma, podemos pensá-lo como processo de relação do homem com sua cultura, e também com o espaço que ele habita.

No sentido etimológico da palavra, território significa “terra pertencente a” — *terri* (terra) e *torium* (pertencente a) —, de origem latina; ou como “*terreo-territor*” (aterrorizar; aquele que aterroriza), de origem grega (HAESBAERT, 2004). De modo geral (e isso pode ser identificado nos diversos campos do saber), esse conceito esteve quase sempre atrelado às relações de poder que se estabelecem entre os grupos sociais e destes com a natureza (RAFFESTIN, 1993). Pelo viés que compreende o território pela divisão político-administrativa, inevitavelmente ele se vincula à categoria poder; não apenas no sentido de dominação ou poder político, mas também na dimensão simbólica, que se constitui a partir da vivência dos sujeitos.

Sendo o espaço delimitado por e a partir de relações de poder, ele não se refere somente aos limites político-administrativos estabelecidos por linhas ou marcos divisórios (SOUZA, 2003 apud SILVA; TOURINHO, 2017, p. 98), ou seja, pelos limites geográficos de fronteira propriamente ditos.

Para Saquet e Silva (2008), há uma diferença entre a noção de espaço e território, pois o espaço comporta uma dimensão processual, ligada a articulações sociais e de vida que podem transformar o caráter histórico do lugar. O espaço geográfico é organizado pelo homem vivendo em sociedade e cada sociedade, historicamente, produz seu espaço como lugar de sua própria reprodução. Já o território, para esse autor, pode ser modificado por relações de poder envolvendo processos que desterritorializam. Esses processos, no entanto, podem ocorrer de forma irregular e mudar com o passar do tempo, bem como pode acontecer uma diversificação das relações sociais num jogo de poder cada vez mais complexo.

Milton Santos (2006) pensa o espaço geográfico como processo e produto das relações sociais, que se realiza enquanto dimensão social. Nesse sentido, é possível pensar o espaço para além das delimitações geográficas, pois leva-se em consideração a dinâmica relacional como processo, movimento ou fluxo (BORTOLOZZI; FARIA, 2009). Santos foi um grande crítico da globalização, afirmando que esse processo acentuava as desigualdades entre os territórios, e ainda desenvolveu tal conceito como um campo complexo de forças que, através de uma dinâmica em rede, define lugares de horizontalidades e verticalidades.

Há, em partes, a apropriação do termo “território” no âmbito da saúde, entre as décadas de 70 e 80. Nesse contexto, segundo Saffiotti (2017, p. 110) havia uma preocupação pela democratização do país, e muitas práticas e realidades passam a ser questionadas. Aponta-se, por exemplo, a precariedade do sistema de atendimento em saúde pública, em um processo de discussão e experiências de novos modelos assistenciais e outros paradigmas de saúde que se constitui como uma forte produção teórico-conceitual, vindo a embasar o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Na década de 80, a realidade era de exclusão da maior parte da população ao direito à saúde, pois esse direito se restringia aos trabalhadores que contribuía com o Instituto

Nacional de Previdência Social<sup>8</sup>. Com a reforma sanitária, almejava-se a democratização e a conquista de práticas mais cidadãs para o acesso à saúde no país.

O conceito de território vem sendo incorporado por políticas públicas de saúde, como estratégia também do SUS e da reforma sanitária, buscando “efetivar novas formas concretas de assistência à saúde” (KALIL, 1992; CAPISTRANO; PIMENTA; HENRIQUES, 1997 apud SAFFIOTTI, 2017, p. 70).

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica está intimamente ligado, além da influência italiana, ao movimento sanitarista iniciado em meados dos anos 70, que se fortaleceu na década seguinte. Nesse sentido, a RSB foi caracterizada como um movimento pela democratização da saúde, que assumiu uma dimensão política e tornou-se uma luta em favor das classes (TRABUCO; SANTOS, 2015) com histórico de opressão.

O processo de Reforma Psiquiátrica traz consigo uma complexa rede de espaços e diversos atores sociais, incluindo familiares, vizinhos, profissionais de saúde, que são agentes propulsores das experiências de transformação, o que compreende um processo ético, social e político.

A conjuntura contemporânea de avanços políticos e governamentais articulou um cenário propício para o movimento da RPB. No entanto, os incentivos políticos e de legislação apenas não são suficientes para estabelecer a ruptura definitiva com o processo paradigmático, histórico e social que, por séculos, tende a sustentar o lugar marginal de sujeitos que possuem longo histórico de cronicidade, estigma e segregação. É preciso sustentar esse movimento político e social por meio de um cuidado que se faça com e pela ampliação de espaços de habitação. No entanto, o que significa para o movimento da Reforma Psiquiátrica assegurar a promoção de cuidado com base territorial? Território, para a RPB, é entendido como:

designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005a, p. 26).

---

<sup>8</sup> Informações encontradas no portal da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Acesso em 15 de maio de 2018. *Link:* [www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf).

Amarante (1994) afirma que “o território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam” (p. 145). É também agenciamento, o que possibilita trocas subjetivas e culturais mediadas por relações mutáveis, contendo em si uma dimensão do vivo, daquilo que se expressa.

O sentido de território para a RPB se aproxima em partes da noção de território existencial desenvolvido por Guattari (1992), pois pressupõe não somente delimitação geográfica, mas uma existência correlacional com elementos, a produção de novos arranjos e modos de vida. Para Guattari (1992), um território existencial é uma localização espaço-temporal. A ideia de espaço-tempo pressupõe movimento, reinvenção, relações, processos criativos de construção e articulação.

Os sujeitos e grupos se constituem por agenciamentos que fazem emergir formas “(...) as quais podem ser observadas, podem ganhar um nome, um sujeito, um grupo, uma cultura” (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014, p. 922). Segundo Deleuze e Parnet (1998), agenciamento é a multiplicidade que comporta termos heterogêneos e que estabelece ligações, relações entre eles, “(...) de naturezas diferentes. Assim, agenciamento é o cofuncionamento, é a simbiose, uma ‘simpatia (p. 56–57)’”.

Um território existencial, portanto, se dá através de agenciamentos constituintes e relações produtoras de modos de vida, de habitação. Essa relação, ou melhor, esse agenciamento produz subjetividades, culturas, pertencimentos, deslocamentos, linhas de fuga. Compor com esse sentido é trabalhar com laços sociais, afinidades, circuitos de confiança, formados por meio de uma rede de afetos que os sujeitos podem construir em parceria com elementos disponíveis em sua realidade.

Diante de tantas conceituações apropriadas por conhecimentos múltiplos, como pensar uma prática de cuidado com território? A aposta é que haja simultaneidade em todos esses sentidos, tendo em vista que, considerando o cidadão que experimentou a negação desse direito, e do qual historicamente foi retirado território (seja qual for seu sentido conceitualmente), é preciso reconhecer que nele atuam forças e atravessamentos de dominação política, de controle e poder, e que nele pode existir uma delimitação geográfica — um *locus*. Reconhecer que o território possui atravessamentos sociais, culturais, dimensões existenciais, agenciamentos possíveis; mas, principalmente, que opera “como *ethos*” (SAFFIOTTI, 2017).

Para Saffiotti (2017), o território *ethos* diz de uma postura, uma conduta em assegurar aos indivíduos “secularmente condenados a um habitar assujeitado, apassivado ou (...) destruído dentro dos dispositivos do circuito do controle, uma morada possível, que oferte condições para um habitar minimamente seguro” (p. 78).

Construir um território *ethos* é lidar com experimentações de tensão, agenciamentos, problematizações, conexões, resgates de saberes e potencialidades, elementos diversos existenciais, recursos e materiais geográficos, culturais, modos de subjetivação e coprodução. Afirmar essa postura é uma possibilidade de construir junto, com o outro, novas possibilidades de si e de mundo, pois “o *ethos* também implica uma relação com os outros, já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade ou nas relações interindividuais o lugar conveniente” (FOUCAULT, 2004, p. 281). A criação de um território *ethos* com parcelas sociais marginalizadas, excluídas e segregadas toma esse sentido como conduta ou postura ético-estético-política.

**Ética**, porque se abre à possibilidade de fazer escolhas, remetendo à análise de nossos atos, nossas implicações com as instituições em jogo; **estético** para pensar a formação como invenção de trajetórias de aprendizagens em meio a múltiplas forças e, **político**, porque este coloca em desafio a constituição de um campo de intervenção, problematizador e crítico, intensificador de encontros (DIAS, 2012, p. 30).

Operamos com o território *ethos* através do dispositivo de pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica, que pôde ser assegurado por três *modus operandi*, ou três posturas metodológicas: a lateralidade, a cogestão e a experimentação de uma política da narratividade. Utilizamos essas posturas metodológicas de manejo a fim de produzir intervenção com novos territórios existenciais e de pesquisa.

A produção do território *ethos*, segundo Saffiotti (2017, p. 20), não é considerá-lo apenas como o lugar geográfico, mas sustentar “uma ética que orienta o paradigma do cuidado, ainda que o lugar onde o cuidado aconteça também importe...”. O território existe, em alguma medida, em todos os lugares: enquanto agenciamento, conexão, resgate dos saberes e potencialidades, elementos diversos existenciais. Pode ser incisivo o pensamento de que no presídio, no manicômio, ou em qualquer instituição fechada, não existe território.

Ao contrário, esse existe onde há relação e constituição de espaços. No entanto, há territórios mais ou menos propícios para produção de cuidado. Geralmente, são aqueles que ampliam as possibilidades de rede de apoio, articulações, morada e habitações subjetivas, vinculações aos equipamentos de saúde e acesso a outros espaços. E o que seria território, senão um atravessamento complexo de experiências? Não se pode ignorar a relação entre

esses dois aspectos. Se experiência — nesse sentido de experimentação daquilo que foi vivido, contendo em si o caráter de transformação e subjetivação — é o que nos “toca” e nos “acontece”, “somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação” (BONDÍA, 2002, p. 25–26). O sujeito da experiência é um território de passagem capaz de modificar e se transformar, que afeta e, ao contaminar, amplia-se.

Na criação de uma lógica subversiva à captura do território como punição aos desvios normativo-sociais, opera-se com a construção de um território *ethos* vinculado a experiência, ou seja, uma postura capaz de atravessar o *locus*, a dimensão geográfica, de modo a cuidar e acompanhar os movimentos existenciais, as expressões de vida, a partir dos processos de (des)- e (re)territorialização.

Basearemos as próximas considerações nos livros “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia”, volumes 4 e 5. Os autores Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995; 1997) afirmam que sempre se habita um território a partir de três movimentos, são eles territorialização, desterritorialização e reterritorialização.

Para os autores, a territorialização ocorre no plano do agenciamento dos corpos e pelo plano dos agenciamentos coletivos de enunciação. No primeiro, o agenciamento refere-se às formações da relação entre os corpos individuais e sociais, os regimes alimentares, sexuais, entre outros. No segundo, a territorialização se afasta da ideia de sujeito “individual”, afirmando formas coletivas e sociais de expressão. Sendo assim, os dois processos são levados em conta na criação de territórios, e envolvem o agenciamento do corpo (o conteúdo) e o agenciamento coletivo da enunciação (a expressão).

Experimentar o território é exatamente acompanhar movimentos de desterritorialização. Para que o território ultrapasse a dimensão geográfica e se corporifique enquanto experiência, é necessário que, além de mapeá-lo, de fato possamos habitá-lo através de processos que desterritorializam. “Não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem ao mesmo tempo um esforço para se reterritorializar em outra parte” (LIMA; YASUI, 2014, p. 595).

A desterritorialização é o movimento pelo qual se abandona o território. É a operação da linha de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 197). Nesse sentido, se constitui em viés de desterritorialização, na medida em que o agenciamento esteja aberto a outros, trazendo em partes a dimensão transformadora e mutável da territorialidade.

Para Costa (2006) não se trata de dizer: “tchau”, estou saindo daqui para me desterritorializar; nem mesmo sair de A para se chegar em B. “Não há fuga nisto. A fuga se dá justamente no passo” (p. 7). Nos encontros que ocorrem no percorrer, no caminho.

A desinstitucionalização pode ser comparada ao processo de desterritorialização, por exemplo, pois desinstitucionalizar ou desterritorializar com a loucura e com os processos estigmatizados implica necessariamente em (re)institucionalizá-los em outra parte.

Portanto, desterritorialização implica em uma reterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 42), que por sua vez não exprime um retorno ao território, mas essa multiplicidade inerente às linhas de fuga. Esse tende a ser o ponto de “suporte” para criação de outros territórios. É a capacidade de recriar, modular, reinventar, não somente transpor, mas ressignificar e constituir, dessa maneira, um novo território existencial, necessariamente atrelado à experiência.

A partir da identificação desses movimentos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização,

criamos ao menos um conceito muito importante: **o de ritornelo**. (...) Em outros termos, para mim, o ritornelo está totalmente ligado ao problema do território, da saída ou entrada no território, ou seja, ao problema da desterritorialização. Volto para o meu território, que eu conheço, ou então me desterritorializo, ou seja, parto, saio do meu território? (DELEUZE; PARNET, 1997)<sup>9</sup>.

Para Zourabichvili (2004), o ritornelo forma uma “lógica da existência” ou, como Costa (2006) afirma, todo existir possui uma dimensão de “movimento circular”. O ritornelo está sempre relacionado a um agenciamento, produz-se por ele, parte em direção a ele ou coloca-se em fuga. Em um 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 (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 132).

Os ritornelos são esses movimentos circulares que nos garantem o território enquanto lugar de passagem, de agenciamento e de expressão. Para Deleuze e Guattari (1997), os ritornelos podem se constituir a partir de quatro movimentos distintos:

---

<sup>9</sup> DELEUZE, G.; PARNET, C. *O abecedário de Gilles Deleuze*. Entrevista concedida a Claire Parnet. Editoração: Brasil, Ministério da Educação, TV Escola, 2001. Paris: Éditions Montparnasse, 1997, VHS, 459min.

- 1) Os ritornelos territoriais são aqueles que buscam, marcam, agenciam um território (p. 137). O agenciamento territorial está associado a uma distribuição de espaço e no espaço, sendo, portanto, um *ethos* (p. 118).
- 2) Os ritornelos de funções territorializadas (p. 137) que tomam uma função especial no agenciamento: do caos nascem os *Meios* e os *Ritmos*.
- 3) Ritornelos marcados por agenciamentos de desterritorialização-reterritorialização componentes de passagem (p. 1137). “Um território está sempre em vias de desterritorialização, podendo passar a outros agenciamentos, mesmo que o outro agenciamento opere uma reterritorialização” (p. 137).
- 4) Ritornelos de afrontamento ou de partida, que engajam às vezes um movimento de desterritorialização absoluta (p. 138).

Voltemos à primeira narrativa ao utilizar o exemplo de Alice no grupo GAM. Ela repete: receita, cheque, receita, cheque, vou levar? Vou levar? Essa repetição marca a construção de um sentido, de um movimento, de uma expressão. Esse ritornelo pôde garantir a criação de um território que em partes subsidia a captura de seus direitos. Pensá-los, bem como a territorialização, desterritorialização e reterritorialização, nos interessa quando esses movimentos agenciam territórios *ethos*, “uma distribuição no espaço, sendo assim um *ethos*, mas o *ethos* é também a morada” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 118), o que possibilita a criação de uma ética do cuidado e afirma uma postura cada vez mais territorial.

Alice, ao se agenciar à pesquisa GAM (que busca pela ampliação do protagonismo e da autonomia coletiva dos usuários de saúde mental), compõe com aquele território de criação (e também de expressividade), encontrando uma maneira através da “repetição periódica” do componente no espaço-tempo (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 118). Repete e repete, liiiiiivro, livro hoje, vou ganhar? Vou ganhar? Dessa forma, acaba por compor ritmos, ao passo que esses se tornam coletivos.

A experiência de curatela não era vivência exclusiva de Alice, tendo em vista que muitos usuários no grupo também eram curatelados. Na imanência desse “ritornelo territorializante”, com movimentos e falas circulares que acabaram por formular um sentido coletivo, esse problema marca um lugar com tal composição, ou seja, é ouvido e problematizado de forma coletiva no grupo.

Essa usuária produz uma sonoridade e uma circularidade através de um movimento que é desterritorializante e reterritorializante. A prática instituída/territorializada de não entregarem suas receitas médicas, bem como seu benefício (esses sendo diretamente entregues à irmã), estava nesse momento sendo questionada a partir da criação de um ritornelo que se expressa enquanto enunciação.

Deleuze e Guattari (1997) afirmam que as qualidades expressivas, aquelas que chamamos de estéticas, não são qualidades "puras", nem simbólicas, mas qualidades próprias ou passagens apropriativas, que atravessam os componentes do meio; “o território é, ele próprio, lugar de passagem. O território é o primeiro agenciamento (...) e o agenciamento é antes territorial (p. 132)”, pois, “entre o conteúdo e a expressão, se estabelece uma nova relação: os enunciados ou as expressões que exprimem *transformações incorporais*” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 219).

Havia experimentação com Alice, havia transformação. Essa expressão enunciativa é reconhecida como expressão territorial. O que buscamos com a intervenção institucional talvez seja a criação de agenciamentos com territórios, e isso envolve linhas de fuga, linhas desejanter, vetores instituintes, em movimentos imanentes de produção de cuidado. Em certa medida, é pela artesanaria desses territórios, ou seja, um trabalho singular, que não comporta reproduções em massa, e exige comprometimento, tempo, criatividade, além de permitir movimentos de (des)territorialização, que há criação de cuidado e modos de cuidar enquanto expressões territoriais.

A artesanaria dos territórios é experimentação que possibilita agenciamentos através da intervenção e invenção de vida, de experiência, para dessa maneira, compor com arranjos que (dês)territorializam. Isso permite transformação, não só dos sujeitos ou dos territórios, mas também dos pesquisadores e interventores. Afinal, na medida em que nos propomos pesquisar/intervir, passamos a fazer parte daquela composição e, nesse sentido, a produção de cuidado está atrelada à implicação e ao nosso próprio cuidado.

Territórios permitem o exercício de uma prática de cuidado com a vida: cuidar da relação que se constitui, dos atravessamentos institucionais, da relação Alice-irmã-psiquiatra, dos direitos assegurados a ela, e daqueles que lhe foram negados. Cuidar do grupo enquanto espaço disparador de reposicionamentos subjetivos, espaço de luta pelos direitos, de problematizações e rompimento daquilo que tende a ser instituído quando nos referimos à loucura.

Quintana, segundo território: outro exemplo de expressão territorial

Quintana é tecedor de redes e as faz muito bem. Suas redes, produzidas na fábrica de artesanato da penitenciária, são simetricamente coloridas. Quintana nunca fez rede de uma cor só. Produz desenhos e mistura tons. Repete esse movimento por tanto tempo que aperfeiçoou tal habilidade e suas redes se destacam em meio a outras.

Quintana aos poucos perdeu a visão, que era sua principal ferramenta de trabalho em parceria com as mãos. Tal ferramenta se tornou ausente de utilidade. Não enxerga uma linha diante de seu nariz. No entanto, Quintana insiste.

Com limitações de espaço, de material e agora de visão, ele continua arranjando formas de tecer suas próprias redes. Seus olhos não são úteis. Restaram suas mãos que, habilidosas, não param de tecer, ponto a ponto, nó a nó. Ao mesmo tempo em que tece a rede, também tece um novo corpo. O espaço molda-se. Surge ali uma nova expressão. Surpreendentemente, preservam-se as cores, a simetria e os desenhos. Sua rede, ainda cheia de cores vibrantes, não para de nascer.

Ele diz que teve de reaprender aquilo que na vida mais sabia, buscando outra forma de exercer um ofício que, de tanta habilidade, hoje consegue fazer de olhos fechados.

No fragmento narrativo acima, há uma modificação de espaço e uma experimentação (des)territorializante do próprio sujeito, que se molda outro por processos de deslocamento e expressividade. Ao passo que há deslocamento de corpo, há também criação de um novo espaço. A sala de artesanato, com redes coloridas que, estiradas, “cobrem” aquelas paredes de prisão. Esse espaço é afirmado como um local de fuga e criação, e se torna possível, em relação com outros detentos, pactuar novos arranjos, nesse tempo que inevitavelmente é marcado por uma sentença. É nesse tempo, nesse espaço, com aqueles arranjos possíveis, em processos de fugas, capturas, relações, aproximações, que há produção de algum modo de vida — que há expressão.

Para Macerata, Soares e Ramos (2014), uma localização espacial configurada no tempo é um território em constante processo de feitura. Mais que isso, é a própria expressão do vivo em movimento que se constitui em articulação com outros modos. Território forma sujeitos, cidadãos, pessoas, direitos, experiências; ou seja, é onde se expressa tudo o que há de vivo. Toda expressão viva torna-se relação, e “há território a partir do momento em que há expressividade” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 121).

Nessa habitação serão construídos agenciamentos, parcerias “(...) aos vetores que as atravessam, e que constituem *territórios* e graus de *desterritorialização*” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 8).

Vá à tua primeira planta, e ali observa atentamente como escoar a água que jorra a partir desse ponto. A chuva teve de transportar os grãos para longe. Segue as valas que a água escavou, assim conhecerás a direção do escoamento. Busca então a planta que, nessa direção, se encontra mais afastada da tua. Todas as que crescem entre essas duas são tuas. Mais tarde (...), poderás ampliar teu território(...) (CASTAÑEDA, 1985, p. 160 apud DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 40).

Por não estar construído *a priori*, o território é uma dimensão que convoca a experimentação e a habitação. Como quem se produz em meio a planta e a chuva e acompanha o grão levado pela água, é necessário permitir-se desterritorializar para, desse modo, territorializar no percurso de qualquer intervenção, levando em conta todos os elementos, sujeitos, analisadores que compõem aquela experimentação.

O corpo reinventa-se por processos de subjetivação e transforma o espaço ao passo que também se transforma por relação. Ao afetar, compõe com novas formas de existir e potências de vida.

Uma expressão torna-se quando “adquire uma constância temporal e um alcance espacial que fazem dela uma marca territorial ou, melhor dizendo, territorializante: uma assinatura” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 121), a partir dos processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização mapeados pelos ritornelos. Visto que estes são matérias de *expressão*, dizemos que sua própria síntese, sua consistência ou sua captura forma um “enunciado”, uma “enunciação” (p. 143), ou plano de conteúdo, de expressão.

A expressividade é relacional, dinâmica, e não identitária. Sendo assim, expressão é agenciamento de elementos que, além de romper com dualidades ou homogeneidades, se afasta da produção de estruturas fechadas, criando possibilidade de expansão e movimentos de fuga de práticas instituídas, estigmatizadas. É criar e compor, através da desterritorialização e dos deslocamentos subjetivos, novas práticas de cuidado.

Para Deleuze e Guattari (1997), somos sempre reconduzidos a esse “momento”: o devir-expressivo do ritmo, a emergência das qualidades-próprias expressivas (p. 130), “sendo essa emergência de matérias de expressão ou qualidades que vai definir o território” (p. 121).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o cuidado é também uma expressão, ou seja, ele emerge através dos agenciamentos, das intervenções, da implicação, da criação de rede de

apoio, da valorização desses sujeitos nesses encontros. E por todos esses atravessamentos reconhecemos que, mesmo na prisão (vivenciada como instituição total, fechada, isolada de qualquer articulação), seja possível trabalhar na perspectiva da desinstitucionalização, e eticamente criar formas de cuidado integral, lateralidade e cogestão em saúde.

### **Modos de fazer são justificáveis: o pesquisar com o outro e a importância da implicação**

Mas eu não estou interessado  
Em nenhuma teoria (...)  
Amar e mudar as coisas  
Me interessa mais  
(Belchior)

O que não tem vergonha, nem nunca terá  
O que não tem governo, nem nunca terá  
O que não tem juízo  
(Chico Buarque)

O acesso à experiência desse território-pesquisa pressupõe também coabitar e ser afetado no processo de construção do comum. As narrativas e o modo de manejo dos grupos de intervenção não tratam meramente de uma descrição ou transcrição, mas de sustentar o comum para que posições distintas habitassem espaços próximos de ambiência, tendo em vista que tal pesquisa constrói uma experiência com experiência. Consequentemente, dizemos COM sujeitos da experiência e não sobre experiências ou sujeitos e, portanto, compomo-nos *com*.

De acordo com Lourau (1993), o que configura a implicação é aquilo que produzimos acerca dos lugares que ocupamos nas instituições, nas relações, na vida e no mundo. Nesse sentido, é necessário “implicar-se para conhecer” (PAULON, 2005, p. 22) e não há produção de pesquisa-intervenção sem implicação.

Lançados em um plano de implicação, os termos da relação de produção de conhecimento, mais do que serem articulados, aí se constituem. Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas (PASSOS; BENEVIDES, 2009a, p. 30).

Para esse modo de intervenção, a produção de conhecimento torna-se inseparável da produção de realidade. O conhecimento não está posto *a priori*, tampouco o pesquisador acessa o campo a fim de aplicá-lo. As práticas de pesquisa intervêm com o campo, transformando-o. Isso diz menos sobre observar uma realidade pronta, e mais sobre fomentar

uma produção de realidade e de conexão. Seria preciso, então, cultivar uma experiência compartilhada, promovendo modos transversais de comunicação.

Entende-se por implicação a ruptura com qualquer noção de neutralidade. Não há neutralidade do conhecimento, pois toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que apenas a representa ou constata em um discurso cioso das evidências (PASSOS; BENEVIDES, 2009a, p. 20). As pesquisas tradicionais ou modelos hegemônicos de produção de verdade científica acreditam que o isolamento do objeto e a separação de suas partes proporcionará o conhecimento completo e verdadeiro do objeto de pesquisa. O pesquisador, nesse caso, seria observador passivo e somente assim, sem “contaminar-se”, acessaria a verdade.

Para a pesquisa-intervenção é necessário que o pesquisador componha o território existencial engajando-se nele. A inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir põe em questão os ideais de objetividade e neutralidade do conhecimento, apontando para o fato de que este sempre é produzido em um campo de implicações cruzadas (SADE et al., 2013, p. 2814).

Nesse sentido, nem mesmo o **problema** dessa pesquisa é neutro e não surge primariamente. Tal problematização, disparada pelos encontros com os campos, só foi possível por um percurso de vivências no âmbito das políticas públicas em saúde mental.

Criar problemas não é tão simples quanto parece. Problemas surgiam a todo tempo, como uma expressão autopoietica<sup>10</sup>. No entanto, seguir, tendo de sustentar questionamentos essenciais na formulação do substrato de pesquisa, não foi simples. Os problemas não são dados. Não foi possível recolhê-los. Talvez seja possível construí-los, cultivá-los, em um processo trabalhoso. Depois de um árduo caminho, você descobre que a artesanaria dos problemas não o habilita. Você não se torna *expert*, mestre, especialista em criar problemas, pois ao se deparar com um novo campo ou novo interesse de investigação, há de se reinventar, trabalhar novamente, em uma costura minuciosa e cautelosa, a fim de criar outro(s) problema(s).

Foram escritas algumas coisas que faziam sentido para construção da pesquisa; no entanto, a invenção ou intervenção, se inicia quando há experiência. Para isso, valorizou-se a

---

<sup>10</sup> Segundo Varela, Maturana e Uribe (1974), autopoiese é uma palavra de origem grega e significa autoprodução.

metodologia também através de narrativas que buscavam expressar, em palavras-atos e transformações, o que na prática produz realidade e sentido.

Remetemo-nos ao território porque estamos dizendo também de cuidado. Mapeando esses sentidos a partir das experiências, buscávamos pistas que nos indicassem: **como o cuidado se expressa a partir de uma prática inventiva e criativa de território?** Afirmamos o cuidado enquanto prática e construção que acontece mediante a ampliação existencial dos sujeitos.

A **hipótese** principal é que a intervenção institucional — mais especificamente, no caso dessa pesquisa, que utiliza as três posturas metodológicas (lateralidade, cogestão e a política da narratividade) — possibilita a artesanaria de territórios. É possível, através da intervenção institucional, recuperar e resignificar experiências capturadas, com esses sujeitos, de modo a produzir novos sentidos de habitação. Trabalhamos em uma lógica subversiva, que aposta na possibilidade da artesanaria de um território que cuida. Nesse sentido, não utilizamos um viés de exclusão, punição e captura, mas, através da intervenção institucional, em lateralidade, ampliamos habitações existenciais com os sujeitos que carregam histórico de aprisionamento, segregação e estigma.

#### Impressões fragmentárias

Agenciar-me a reposicionamentos, intervir e participar de descobertas, possibilidades, surpreender-me com pessoas e potências: seja em pesquisas ou na clínica. Pegar carona no atravessamento de forças instituintes que ocorrem em trocas com o outro, na lateralidade. Estar com sujeitos contribuía para a formação enquanto psicóloga, pesquisadora e trabalhadora. Tal simpatia por dispositivos de pesquisa-intervenção ganha mais força com as expressões de cuidado. Sem dúvida o percurso até aqui não foi simples. Foi preciso conviver com angústia, medo, cansaço. Muito estudo, muito trabalho. Esse texto foi escrito e reescrito centenas de vezes até a elaboração do problema de pesquisa.

Por todos esses fragmentos de percursos, (des)encontros, partindo principalmente da lateralidade, cogestão e narratividade como estratégias de intervenção, observávamos que, por vezes, aquilo que se tinha como expressividade poderia ser, portanto, o cuidado. Quais os efeitos de uma pesquisa-intervenção participativa no território? E como esse produz pesquisa? Qual a relação entre produção de saúde, produção de cuidado, conhecimento, deslocamentos subjetivos e território? Todas essas questões estavam presentes, mesmo que implicitamente.

Portanto, o **objetivo geral** das intervenções em grupo era disparar experiências existenciais desinstitucionalizantes por uma artesanaria territorial, que corroborasse com a

produção de autonomia coletiva, pertencimento e habitação, àqueles que tiveram esse sentido em alguma dimensão capturado.

O **objetivo específico** é, portanto, a partir das intervenções institucionais e três posturas metodológicas de manejo (lateralidade, cogestão e política da narratividade), analisar de que maneira o cuidado se expressa por essa prática criativa e inventiva de território.

Tomando como **justificativa** podemos (re)pensar os efeitos para uma pessoa que já possui um estigma e um histórico de exclusão e que carrega consigo as marcas de uma internação psiquiátrica: quais as chances desse sujeito ocupar de fato um lugar protagonista frente a seu tratamento em saúde mental?

Apostamos em um aumento de poder do usuário frente ao tratamento como um direito a ser exercido. Esse, portanto, pode ser um sujeito que ocupe um lugar protagonista (como preconiza a reforma psiquiátrica), que participe do processo de tratamento de maneira corresponsável, que amplie os espaços de atuação e/ou as próprias ações enquanto sujeitos políticos de direitos. Para isso, devemos nos ater às possibilidades e caminhos que fomentem ações facilitadoras nesse processo.

A necessidade de retomar essa problematização com os trabalhadores, através da condução das oficinas narrativas, buscou, de maneira geral, uma aproximação com esses sujeitos, o que possibilitou a cogestão dos grupos. As experimentações narradas traziam o cuidado como expressão em latência e a intervenção proporcionava a construção de novas articulações (des)territorializantes: era um modo de cuidar dessas pessoas e de suas práticas.

A forma de expressão do cuidado em saúde mental é inerente à construção de território próprio, relações e afluentes, nos quais ele acontece em um constante processo de feitura, pelo envolvimento dos sujeitos no processo. Buscamos essas intervenções como práticas fortalecedoras do movimento da reforma psiquiátrica em diversos contextos, contando com experiências de usuários e trabalhadores.

Anteriormente à pesquisa de campo com as oficinas narrativas, por exemplo, existiam alguns objetivos pré-definidos que, ao longo do processo, se transformaram ou mesmo desapareceram. Era angustiante, por vezes, localizar-se em meio a esse movimento de desterritorialização que acontecia no próprio ato de pesquisar.

Quando o que se pretende é acompanhar os processos do cuidado, ampliação da autonomia e corresponsabilidade do tratamento em saúde mental, o pesquisador de certa

forma terá de se haver com a imprevisibilidade da intervenção. Isso porque, ao assumir a coemergência do fazer/intervir a fim de conhecer e produzir a realidade, e apostar que essa maneira de pesquisar desestabiliza o modo como esse trabalhador (re)pensa a concepção de cuidado em suas práticas, torna-se em certa medida insuficiente estar em campo somente para assegurar uma realidade prévia e não levar em conta os analisadores provenientes da intervenção. Isso afirma a potência do não saber e convida os envolvidos a habitarem esse espaço de construção com novos modos de intervir e produzir conhecimento. Nesse movimento, todos são produzidos com o campo.

A insegurança ou medo que costuma emergir no encontro com o novo contém uma dimensão própria da realidade, daquilo que é da ordem do vivo e, portanto, comporta o improvável. O imprevisto, o inimaginável, faz tremer certezas, e por vezes desestabiliza qualquer conhecimento prévio. Sendo assim, se o interesse for somente assegurar o que já se sabe/supõe, nesse caso não há pesquisa.

O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo, de que fala Canguilhem. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 11).

Para nós, interessa o acesso a um estofo diferente daquele proveniente de uma observação isolada daquilo que observa. Importa detectar a trama que acompanha o ato de conhecer e de criar um mundo, pois assim nos aproximamos do que engendra o pessoal e o coletivo; nos aproximamos do conhecimento concreto e articulado que tem efeitos políticos, éticos e estéticos (POZZANA, 2013, p. 327).

Um processo que não esteve entre sujeito e mundo a ser descoberto, mas que os produziu a partir desses recolhimentos costurados como colcha de retalhos.

No início, não importava se a caminhada seria árdua, intensa, longa ou não. O caminhar deu-se de maneira despreziosa, como um andarilho que doa seu corpo, que se agencia à realidade do lugar, caminha e caminha, e se perde. Volta, tropeça, levanta. Na maioria das vezes, esse andarilho é surpreendido, e precisa se questionar: de que modo estou a caminhar?

No momento, ainda não se sabe sobre o continuar da experiência, ou seja, se ela será concluída ou ampliada, ou se, ao final dessa pesquisa, terá sido alcançado o que (não) se esperava. Sobre essas incertezas ao percurso de um trabalho, Foucault (1984) diz na entrevista intitulada “Uma estética da existência” que “escrever um livro é sempre correr um risco

qualquer. Por exemplo, de não ter sucesso em escrevê-lo (p. 730)”. No início da escrita, “há uma dimensão da experiência que falta (p. 730)”, arriscando não chegar ao fim.

**CAPÍTULO I**  
**PRIMEIRO TERRITÓRIO PESQUISA — *MODUS OPERANDI*:**  
**A ESTRATÉGIA GAM NO CAPS (PELA EXPERIÊNCIA DE**  
**PERTENCIMENTO).**

Era um caminho que de tão velho, minha filha,  
 já nem mais sabia aonde ia  
 Era um caminho  
 velhinho, perdido  
 Não havia traços  
 de passos no dia  
 em que por acaso o descobri:  
 pedras e urzes iam cobrindo tudo.  
 O caminho agonizava, morria  
 sozinho  
 Eu vi  
 Porque são os passos que fazem os caminhos!  
 (Mário Quintana)

Ao tratarmos de subjetividades em processo de marginalização e exclusão, também nos referenciamos ao corpo, que na atualidade tem sido alvo principal de investimento e controle através de relações atravessadas pelo poder. Nas palavras de Foucault (1979), o poder não possui função somente de exclusão e repressão, pois assumindo versões puramente negativas seria frágil. Se o poder é forte e a todas as relações atravessa, é porque produz efeitos positivos em nível do desejo e do saber.

Mais especificamente, o biopoder, além de estar entranhado nas relações e nos corpos, atravessa hoje toda a existência. Pelbart (2008, p. 4) nos aponta uma divergência entre os conceitos de biopoder tratados por Agamben e Foucault: o primeiro defende que o biopoder não investe na vida nem na morte, mas cria e gera sobreviventes. Produz sobrevida. Essa condição não está restrita aos regimes totalitários, mas inclui toda a sociedade de consumo em interface com a medicalização da existência.

Não estamos mais diante do corpo docilizado pelas instituições disciplinares; no entanto, a subjetividade foi reduzida ao próprio corpo. “Hoje o Eu é o corpo” (p. 5). “É o espetáculo anêmico da vida, arrastando-se como uma sombra de si mesma, nesse contexto biopolítico em que se almeja uma existência asséptica, indolor, prolongada ao máximo, na qual até mesmo os prazeres são controlados e artificializados” (p. 7).

A estratégia de medicalizar e sedar esse corpo — alvo dos modos de produção capitalista e que, portanto, sofre as consequências da sobrecarga de demanda, subordinação, os ritmos acelerados de produção, e padece de insônia, ansiedade, vigilância — põe em

questão os atravessamentos de poder que se atualizam enquanto relações de controle dessas subjetividades. Nesse sentido, o aumento exorbitante do uso de medicações psiquiátricas e, muitas vezes, a redução do tratamento em saúde mental à prescrição medicamentosa reflete o que está disponível a nós enquanto sobrevida no contemporâneo.

O que resta à existência com possibilidade de experimentação reduzida? Em paralelo a essa questão, está o mercado de consumo e a indústria farmacêutica que nos oferece, em cápsulas, “felicidade”, “sono”, “sensação de bem-estar” e “vigor” para suportar os dias, antipsicóticos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, antidepressivos, e tantos outros. O problema aqui não é a medicação, mas a maneira como ela tem sido utilizada ou prescrita, muitas vezes para tamponar sofrimentos cotidianos e psicossociais sem que haja acolhimento, escuta e cuidado com o sujeito que sofre.

O corpo tem sido alvo de controle da forma mais preocupante que o biopoder assume na contemporaneidade: a sobrevida. Lapoujade (2002) nos alerta que esse corpo não aguenta mais. “O corpo não aguenta mais tudo aquilo que o coage, por fora e por dentro. Por exemplo, o corpo não aguenta mais o adestramento civilizatório que por milênios se abateu sobre ele” (PELBART, 2008, p. 62).

Potencializar o sujeito em sua totalidade e implicação no processo de cuidado integral pode ser a primeira pista de enfrentamento e resistência diante da sobrevida. Enquanto o corpo for alvo de controle e investimento do biopoder, poderá resistir por reposicionamento, de modo a ampliar a participação no cuidado de si. Estar subordinado ao uso indiscriminado de medicações psiquiátricas e sedações, sem engajamento nas decisões que afetam o corpo, é ser alvo de controle e sobrevida.

O cuidado de si nesse sentido é a própria formulação da ética de cuidado. “Não é possível cuidar de si sem se conhecer. O cuidado de si é certamente o conhecimento de si” (FOUCAULT, 2004, p. 270). Foucault define o cuidado de si como prática de liberdade, necessariamente em seu sentido político. A prática de liberdade, ao contrário do que se pode imaginar, não diz respeito a fazer o que se quer, sem impedimentos, por assim dizer; “uma vez que ser livre não significa ser escravo de si mesmo nem dos seus apetites, o que implica estabelecer consigo mesmo certa relação de domínio, de controle, chamada de *arché* — poder, comando” (FOUCAULT, 2004, p. 270).

Ao afirmar que o cuidado de si não pressupõe docilização por meio de medicação e controle dos corpos, é possível pensar o território relacionado à produção de uma ética do cuidado.

Afinal o poder, como diz Negri inspirado em Espinosa, é superstição, organização do medo: “Ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre a insubordinação. E trata-se de cavar, de continuar a cavar, a partir do ponto mais baixo: este ponto é simplesmente lá onde as pessoas sofrem, ali onde elas são as mais pobres e as mais exploradas; ali onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe; pois tudo isso é a vida e não a morte” (PELBART, 2008, p. 20).

Saudade<sup>11</sup>

Em um dia ensolarado, por volta de 12h, lá está Saudade perdida pela rua. Naquele horário ela normalmente estaria no CAPS. Com seu jeito único, marcado, estereotipado. Postura forte, rosto doce. Fala que dizia tudo, mas aos ouvidos de quem não sabe ouvir, dizia nada. Em memórias produzidas do grupo GAM, as falas de Saudade pouco aparecem, não por ela falar pouco, mas por não ser possível descrever o que ela dizia.

Como narrar uma experiência que aos ouvidos da maioria não faz sentido? Missão difícil era a de ouvir suas palavras. Mas naquele dia, em uma rua muito distante do CAPS, ela gritava sobre trabalho e sobre como estar no CAPS dificultava o trabalhar. Nesse dia, pôde-se ouvi-la. “Saudade, oi. Você está perdida?”. “Não, eu fugi. Fugi do CAPS”. “Fugiu? Mas, por quê?”. “Porque preciso trabalhar. Está na hora de trabalhar”. Saudade, na verdade, não estava perdida, ela estava habitando aquela rua tentando se encontrar. Encontrar parte de sua cidadania que havia se perdido.

“Vamos tomar uma água? (Afinal, o calor está intenso). Se quiser trabalhar, antes, precisa matar sua sede e se recompor”. Andarilhamos juntas, em um processo de trabalho pela captura do significado: o que é “ser um cidadão de direitos”.

Desinstitucionalização, enquanto experiência desterritorializante, não é apenas trocar a experiência da loucura ou o sujeito de lugar no que diz respeito ao contexto social; mas pressupõe, necessariamente, territorializar em outra parte.

Os conceitos de desinstitucionalização e integralidade imprimem uma direção política ao trabalho no território e podem afastar as práticas de um viés reducionista ou de controle e normalização da vida, ao mesmo tempo em que abrem um plano de consistência no qual o potencial político do movimento pode ser explorado na construção de um modelo de cuidado territorial (LEMKE; SILVA, 2013, p. 17).

A desinstitucionalização com a loucura precisa ocorrer concomitantemente à desinstitucionalização dos modos sociais, das relações no cotidiano e na vida. Assumir uma nova forma de tratamento é, portanto, uma expressão existencial de relação com agenciamentos possíveis, pactu(ações) e modulações. É preciso que, em relação, o social

<sup>11</sup> Saudade, usuária do CAPS, faleceu em fevereiro de 2018. A vida nos deixou um de seus nomes como afeto.

também seja aos poucos desinstitucionalizado, estando calcado em um modelo de atenção territorial, de base comunitária enquanto luta em prol do declínio do estigma.

Sendo assim, é possível que, para além de “desinstitucionalizar a loucura”, seja necessário investir em formas de territorializar tais experiências. Supondo que a desterritorialização e a desinstitucionalização tenham sentidos complementares, é preciso também cuidar do território para que estejam atreladas a territorializações através dos processos de deslocamento. De modo que o sujeito possa habitar mais espaços, em um sentido de ampliação e autonomia.

Para que essa ampliação seja vivenciada em sua completude, é preciso voltar o olhar para aquilo que chamamos então de ponto cego da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Segundo Onocko-Campos et al. (2011), um dos pontos de entrave tem sido a utilização pouco crítica dos medicamentos psiquiátricos. O problema é menos o do uso ou não dos psicofármacos, mas o modo como têm sido prescritos, com pouca ou nenhuma inclusão dos usuários nas decisões do tratamento. Além dessa questão, no cotidiano dos serviços de saúde mental há, em geral, uma baixa participação do usuário na definição dos rumos do seu tratamento. Frequentemente, sua participação está restrita à mera informação dos seus sintomas. As experiências com o grupo GAM indicam que a participação depende da partilha de uma experiência comum (PASSOS; KASTRUP, 2013) e o real engajamento dos diferentes sujeitos, de modo que participar é elevar-se à condição de sujeito de direitos relativamente a tal experiência.

O dispositivo de pesquisa-intervenção participativa — o grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) — do qual participei como pesquisadora e bolsista de iniciação científica por três anos, em um CAPS localizado na baixada litorânea no estado do Rio de Janeiro, foi conduzido com o apoio de pesquisadores acadêmicos da Universidade Federal Fluminense. O dispositivo GAM nesse contexto buscou fomentar a autonomia e o protagonismo, a partir de uma experiência coletiva de compartilhamento e pertencimento que disparava reposicionamentos subjetivos para promover a corresponsabilidade dos usuários na prescrição medicamentosa e no tratamento em saúde mental como um todo.

Segundo Sade et al. (2013), a estratégia GAM adaptada à realidade do Brasil busca criar condições para que a gestão dos medicamentos psiquiátricos possa incluir os diferentes pontos de vista em um mesmo processo de compartilhamento dos mundos que coemergem nas práticas de cuidado dos serviços.

A estratégia GAM é operacionalizada através de grupos que contam com a participação de usuários, trabalhadores de saúde mental e pesquisadores. Trata-se de adotar a cogestão como estratégia de abordagem das questões, colocando lado a lado os diferentes sujeitos. Os grupos ocorrem em formato de roda na tentativa de promover lateralidade, e inicialmente possuem um gerenciador principal. No entanto, trabalhamos com a perspectiva do manejo cogestivo e descentralizado; ou seja, a aposta é que a função de manejar o grupo seja de todos os participantes. O manejo organiza os dizeres de modo que cada um passe a respeitar o tempo e posicionamento do outro, para que as falas sejam valorizadas e conectadas, produzindo sentido para a realidade daquele grupo.

O grupo conta ainda com uma ferramenta, o Guia GAM<sup>12</sup>, que alguns participantes chamam de “livro”, “caderno”, “manual”, entre outras denominações. O Guia é dividido em seis passos: 1) Conhecendo um pouco sobre você; 2) Observando a si mesmo; 3) Ampliando sua autonomia; 4) Conversando sobre medicamentos psiquiátricos; 5) Por onde andamos, e 6) Planejando ações. Cada passo propõe reflexões, perguntas e atividades que funcionam como disparadores de conversas e enunciam experiências coletivas a partir de relatos, trocas afetivas e promoção de confiança com os participantes.

O compartilhamento das falas e conversas disparadas pelo Guia GAM, com o passar dos encontros, fortalece a sensação de pertencimento, através dos vínculos e laços de confiança ali cultivados. São produzidos com os sujeitos lugares e contornos, elementos principais para gerar o que chamamos de **contração de grupalidade**. Contração de grupalidade é quando passamos de uma reunião de pessoas e formamos de fato um grupo, ou seja, quando cada participante passa a fazer parte, a compor com aquele coletivo. *“Eu me sinto parte desse grupo”, “juntos somos mais fortes”, “sentimos sua falta semana passada”*.<sup>13</sup>

Em alguns encontros, os participantes apresentam mais demanda de fala do que em outros. Acolhemos, direcionamos e conectamos as discussões no sentido de coletivizá-las. Por esse e outros motivos, muitas vezes não chegamos sequer a entrar no Guia GAM. Os temas dos grupos extrapolam os assuntos abordados; sendo assim, podemos conversar também sobre religião, sexualidade, vínculos familiares, administração do dinheiro, drogas, e o que mais interessar.

<sup>12</sup> Acesso online ao Guia GAM:

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=forums&srcid=MDM1NDEzNDE4Nzk5OTM5MTk0OTgBMTY3NzIwMDU1OTQ1MTQ2MzU0ODUBTVVXc1k3SmJsaWNKATAuMQEBdjl&authuser=0>

<sup>13</sup> Algumas falas dos usuários do grupo GAM que expressam contração de grupalidade.

É importante ressaltar que a referida pesquisa, intitulada “Participação e direitos humanos em um grupo de Gestão Autônoma da Medicação”, que ocorreu vinculada ao Instituto de Humanidades e Saúde da Universidade Federal Fluminense, foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa por meio do Parecer Consubstanciado do CEP nº 783.993 de 08 de agosto de 2014, respeitando-se assim os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos colaboradores, na coleta e tratamento dos dados, com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Todos os participantes assinaram uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como receberam outra via. Os encontros foram registrados por meio de gravações de áudio, memórias e narrativas, perante autorização de todos participantes. A identificação dos mesmos foi suprimida dos registros publicados, garantindo assim o sigilo quanto à identificação dos mesmos.

### **Pesquisa-intervenção participativa e implicação**

Para essa metodologia de pesquisa, o ato de pesquisar pressupõe necessariamente intervenção e produção de conhecimento, ou seja, o pesquisador intervém para conhecer e não o contrário. Desse modo, a pesquisa não é neutra, pois, ao intervir, o pesquisador modifica seu objeto de estudo através da relação que ali se constitui, ao passo que o objeto também modifica o pesquisador. “O observador está sempre implicado no campo de observação e a intervenção modifica o objeto (*Princípio de Heisenberg*)” (PASSOS; BENEVIDES, 2009a, p. 21). Compartilhar a experiência com o usuário é, nesse sentido, sobretudo, uma aposta metodológica.

Para os fenomenólogos, o único sistema de referência possível é o vivido existencial, e toda procura de objetividade é condenável. O argumento decorrente é que o observador, inserido em seu campo de observação, transforma, por definição, seu objeto de estudo (PAULON, 2005, p. 19).

Isso significa que nem mesmo o campo de pesquisa está pronto, pois ele se modificará ao longo da intervenção. Portanto, não basta apenas coletar dados com respostas mais ou menos pré-definidas e excluir dessa maneira os diversos atravessamentos que por conveniência não interessam. Apostamos muito mais em uma colheita de dados, que se desdobra no acompanhamento dos percursos, no estudo do campo para o plantio, no estudo do

clima e da possibilidade de semear e irrigar, no desabrochar, e em toda espera e cuidado que se há de ter para a colheita.

Do estudo prévio à colheita dos “resultados”, a terra modifica-se; o contingente de chuvas pode não ser o esperado; crescem ervas daninhas e por vezes pousam borboletas. Sol a sol, lá estão os pesquisadores tomando gosto pelo cultivar, cuidando de suas sementes, mantendo-se disponíveis aos atravessamentos que inevitavelmente surgem. Não se sai dessa pesquisa sem se sujar, sem que escorra ao menos uma gota de suor do rosto. E como cuidar desse campo sem os cultivadores? Não há como dizer que ele seria o mesmo sem a implicação de todos.

Segundo Passos e Benevides (2009a), “a intervenção como método pressupõe implicações coletivas, sempre locais e concretas, de todos que integram um campo de intervenção” (p. 19); e permite acessar, nas instituições, os processos de institucionalização. Ao buscar pelos significados de *implicação*, nos deparamos com a escrita de Fernando Pessoa (1993, p. 48), “Não sei quantas almas tenho”, no qual o autor insere o significante de outrar-se: “eu como um outro”, “eu poder ser tu sem deixar de ser eu”.

Implicação muito diz de afeto, que por sua vez necessariamente exige relação com algum outro elemento e não somente o eu. Implicação que diz de afeto, de relação, diz também, sobretudo, de agenciamento com modos outros. E de uma experiência de agenciamento dificilmente se sai só. O eu compõe com outro, deixa de ser somente eu ou somente o outro, mas amplia a “capacidade de cada um ser todos os outros (...) e deixar que esses outros façam morada em nós”<sup>14</sup>. Outrar-se, nesse sentido, produz uma nova dimensão de território existencial e, portanto, podemos dizer de implicação.

Canguilhem (1996) utiliza o termo plasticidade para se referir a essa ampliação dos horizontes existenciais e nesse sentido, estar no campo de pesquisa é necessariamente intervir. Implicar-se é engajar-se por agenciamento, afetar e ser afetado, não sendo possível qualquer neutralidade quando, em uma experimentação coletiva, o eu passa a fazer parte de uma composição mais ampla: ele é capaz de pertencer a modos outros.

O que Lourau designa de implicação diz respeito menos à vontade consciente ou intenção dos indivíduos do que às forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade (PASSOS; BENEVIDES, 2009a, p. 19–20).

---

<sup>14</sup> Exposição de Mia Couto na conferência “Fronteiras do Pensamento”, 2012 (apud FRANCO, 2016, p. 93).

Nesse sentido, implicação não é somente interesse ou compromisso com o campo, mas um complexo emaranhado de força e novos agenciamentos. Implicação também é possibilidade de ampliação.

### **Primeira postura metodológica: lateralidade**

A lateralidade torna-se o *ethos* imprescindível para tal estratégia. Estar ao lado, em roda, disponível para escuta e valorização dos diferentes pontos de vista e experiências é uma postura que não pretende sustentar hegemonia ou hierarquia. É, exatamente, uma tentativa de preservar as singularidades ao mesmo tempo em que se aposta na transversalidade da comunicação acessada por um plano que é comum. Ou seja, a lateralidade, sobretudo, passa a ser uma experimentação de troca entre os diferentes sujeitos de maneira correlacional, na medida em que se ampliam os graus de comunicação e compartilhamento que fazem circular a experiência entre os participantes.

O formato de grupo que possibilita essa partilha do sensível costuma ser a roda, pois nessa disposição dos sujeitos é permitido trocar olhares, observar os sinais que o outro emite, facilitando até mesmo o manejo das falas. Se elas pudessem ser visualizadas, é como se o compartilhamento em roda formasse redes. Eu, que estou desse lado, me conecto à fala e à experiência do outro, e ali há uma troca de experimentação que nesse momento está sendo compartilhada com todo o grupo.

O que se tem de comum em um coletivo? E o que desse coletivo precisa ser preservado enquanto diferença? A intervenção adota a diretriz de inclusão desses diversos pontos de vista que emergem nos grupos, desenvolvidos de maneira processual durante os encontros. Num mesmo movimento, buscamos acessar as experiências dos participantes e acolher as multiplicidades de sentidos, tomando como direção a inclusão, promoção e produção compartilhada de conhecimento.

A lateralidade é ao mesmo tempo um modo de habitar e de conhecer. Isso quer dizer que, para produção de conhecimento, o pesquisador não precisa ser neutro, distante, ou “asséptico” em sua investigação. A investigação é cuidado ou cultivo de um território existencial no qual o pesquisador e o pesquisado se encontram (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p. 145). O pesquisador em lateralidade é aquele que permite e se dispõe a interferências, à construção com o outro, ou como infere (RANCIÈRE, 2005) a “partilha” do comum na experiência e, ainda, às trocas subjetivas e afetações que marcam a disponibilidade.

A lateralidade possibilita, nesse sentido, a constituição de um modo específico de pesquisa, sendo essa talvez a ferramenta metodológica primordial para o desenvolvimento da intervenção, pois através dela é possível desenvolver a cogestão ou afirmar uma política da narratividade.

### **Segunda postura metodológica: cogestão**

Denominamos “manejo cogestivo” o modo de operar no grupo GAM, visando o compartilhamento da experiência da gestão da medicação psiquiátrica e a construção de uma reflexão coletiva dessa temática. (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012, p. 269). O ponto de partida do trabalho em grupo não é a cogestão, pois ela não está dada a princípio. Para que o dispositivo funcione é preciso, primeiro, gerar grupalidade, sentimento de pertencimento ao grupo e disposição à participação. O manejo cogestivo visa justamente contração da grupalidade como condição para a ampliação da autonomia, possibilitando o exercício da cidadania e o aumento do poder contratual dos usuários no tratamento medicamentoso. O manejo é inicialmente centralizado na figura do **manejador** que opera cogestivamente, conduzindo a leitura do GGAM e garantindo que as experiências trazidas possam ser acolhidas, valorizadas e compartilhadas. O manejo realiza esta função através de “relances” voltados à experiência emergente (SADE et al., 2013; VERMERSCH, 2000). Um dos índices de sucesso do manejo cogestivo é justamente sua descentralização, de modo que os demais participantes se sintam protagonistas e também conduzam a intervenção.

A metodologia de pesquisa-intervenção participativa que faz funcionar a GAM parte do pressuposto de que o ato de pesquisar está necessariamente atrelado ao ato de intervir (PASSOS; BENEVIDES, 2009a). Isso significa dizer que é o ato de pesquisar que produz a realidade pesquisada, e que os sujeitos e objetos da pesquisa não existem previamente, pois são efeitos coemergentes desse processo. Radicalizando a aposta na participação entendemos que, na pesquisa-intervenção participativa, somos todos pesquisadores: pesquisadores acadêmicos, trabalhadores e usuários são corresponsáveis na produção de conhecimento e cuidado em saúde mental, de acordo com suas diferentes inserções. A pesquisa intervém colocando lado a lado os diferentes atores envolvidos no processo, o que, longe de produzir homogeneização ou consenso, permite operar deslocamentos entre pontos de vista e reposicionamentos subjetivos que disparam efeitos clínicos e políticos importantes.

A construção da pesquisa está diretamente ligada à cogestão, ou seja, uma prática de gestão compartilhada entre todos os participantes, pois pressupõe o aumento de participação com os usuários. A intervenção, de modo a facilitar a cogestão e conseqüentemente produzir ou compor um território existencial, necessita do envolvimento e implicação dos participantes para que, além de protagonistas, eles também sejam interventores e manejadores na condução dos encontros. Ao operar de forma cogestiva, o grupo torna-se um ponto na rede de cuidado e produção de saúde para que os participantes possam fazer morada mediante experiências de pertencimento.

Uma cena de manejo cogestivo na crise

Sol expressa como é difícil para ela sair de casa e fazer amigos, pois nunca se sente bem para fazer coisas diferentes. Comentamos sobre nosso encontro que será na praia e ela diz que, enfim, vai poder tirar foto e dizer que realmente foi à praia, já que geralmente tira foto dentro de casa, e depois acrescenta o fundo da praia.

Nina, ao falar com Sol, toca em seu braço, o que desencadeia uma discussão. Nina e Sol já haviam discutido seriamente na segunda-feira, durante a assembleia do CAPS. Ambas estavam em crise e não conseguiam se entender. Foi preciso a enfermeira conter Sol e tirá-la da sala onde ocorria a assembleia.

Sol, bastante nervosa, se levanta e diz para Nina não tocá-la, e que não quer ser sua amiga. As duas batem boca e o clima do grupo fica tenso. Sol, sente-se aqui do nosso lado! Enquanto isso outros usuários tentam ajudar e pedem para que parem com a briga.

Sol chega à conclusão de que não dá para as duas conviverem no mesmo espaço, e que, quando uma vier ao grupo, é melhor que a outra não venha. Muitos usuários parecem assustados e alguns temiam que a agressão fosse física. Bernadete ajuda oferecendo água a Sol. Todos de alguma forma tentam apoiá-la, pois ela está muito nervosa ultimamente (transpiração, tremor, olhos arregalados), e com vontade de ferir as pessoas.

O grupo está tomado por aquela discussão. Vitor, que muitas vezes fica nervoso e tem vontade de se matar ou matar a mãe, esbraveja chorando: "Eu não aguento mais isso, tudo é guerra, eu não tenho um lugar de paz, nem no CAPS", e conta como sua situação financeira está difícil, muitos usuários também choram. Sol levanta-se da cadeira e abraça Vitor. Estava muito difícil nesse momento falar alguma coisa.

Naquele abraço os dois compartilham suas forças. Estamos mal com essa crise generalizada. A discussão de Sol e Nina desencadeou uma série de lembranças difíceis de lidar naquele momento. Uns contam da falta de atenção das pessoas, mas foi bom ter falado sobre tudo aquilo. Precisamos falar sobre o que nos faz sofrer, porque às vezes não conseguimos carregar nossos pesos sozinhos.

Uma enfermeira que ouvia os gritos lá de fora entra na sala, questiona se Sol está bem e solicita que a acompanhe. O grupo responde que ela não precisa ir, que agora as coisas estão ficando bem e que ela pode permanecer no grupo.

Ressaltamos o apoio que os usuários recebem do grupo. Enquanto isso Bernadete ainda serve água a cada pessoa que chora. Saudade diz que quando ela estava na clínica e ficava em crise, davam injeção. Observamos que quando as coisas ficam tensas não precisamos mais lidar com a crise somente dessa forma (com injeção) e que aquele momento é uma prova disso. O apoio tem se mostrado eficaz no manejo da crise.

Val comenta que em momentos de crise fazemos coisas que não gostaríamos. Como geralmente as pessoas reagem quando um paciente está em crise? Internação foi a primeira solução lembrada. Como em outros momentos em que conversamos sobre isso, a resposta para lidar com a crise geralmente é tudo, menos o apoio que está acontecendo nesse momento aqui no grupo.

Vitor nos conta como foi sua experiência de internação e que muitas vezes era necessário ser agressivo com as pessoas já que se vivia num ambiente em que os pacientes internados poderiam fazer o mesmo com ele. "Você não precisa ir ao inferno para saber o que é inferno, basta você ficar uma semana no sanatório", afirma Val. Porque aqui (CAPS) são vocês que nos defendem, mas o que acontece lá fora é que pelo fato de eu ser bipolar ou esquizofrênico, seja lá o que for, a nossa palavra não tem voz.

Os usuários contam sobre as experiências de violências que sofreram quando estavam internados e que isso não precisa mais acontecer. Atualmente, o modo de lidar com períodos de crise pode ser através do apoio e do cuidado produzido no grupo.

### **Terceira postura metodológica: narrativas**

O registro da experiência geralmente é realizado sob a forma de Diários de Campo e gravações. Contamos também com observações dos pesquisadores sobre o comportamento dos participantes e as variações na dinâmica grupal. A partir dos Diários de Campo, observações e gravações, os pesquisadores produzem as memórias dos encontros, nas quais buscamos apresentar, através de diferentes estratégias narrativas, a densidade e a riqueza da experiência dos grupos.

Nas memórias buscamos construir um texto polifônico (BAKHTIN, 2006), com múltiplos pontos de vista e atravessamentos. Com base nas memórias, e tendo essa mesma política de narratividade (PASSOS; BENEVIDES, 2009b), produzimos o primeiro relato para disparar um grupo narrativo (GN) (ONOCKO-CAMPOS et al., 2008). O GN configura um momento de análise coletiva, no qual apresentamos o ponto de vista dos pesquisadores para

os usuários e trabalhadores. Essa etapa é fundamental para que os participantes da pesquisa possam se apropriar do processo, dialogar com as avaliações dos pesquisadores, assim como confirmar ou refutar certas análises. O grupo narrativo é uma ferramenta importante para garantir o caráter participativo da pesquisa.

Nesse efeito há o entrelaçamento entre os temas da participação e dos direitos humanos. Num mesmo movimento, os participantes se aproximam uns dos outros, compartilham o plano comum e assumem uma posição mais participativa. A participação é garantida através de um real protagonismo dos sujeitos; não apenas pela presença de diversos atores a quem “damos voz”, mas pelo modo como a participação é conduzida (ONOCKO-CAMPOS et al., 2008; PASSOS et al., 2013; PRESOTTO et al., 2013; VASCONCELOS, 2013).

A escrita, o ato de pôr em palavras o que se passa na experiência, não necessariamente pretende transcrever falas sem deixar escapar qualquer detalhe; pelo contrário, a narrativa pode comportar “uma postura dis-narrativa que afirma o privilégio da descontinuidade, do imprevisível, do aleatório e do fora de propósito, como forma de afirmar a multiplicidade de sentidos da vida” (ALMEIDA, 2011, p. 47).

O primeiro grupo narrativo no CAPS<sup>15</sup>

O grupo GAM tem sido um espaço onde nos sentimos compreendidos. É composto por pessoas diferentes, com opiniões diferentes, mas que, ainda assim, muitas vezes conseguem apoiar o colega quando este fala de sua tristeza ou de algum problema. Fico doida para chegar quarta-feira, para eu vir desabafar. Parece que nos sentimos bem quando podemos desabafar. Mas não é fácil desabafar em qualquer lugar ou com qualquer pessoa. Por exemplo, é difícil com os familiares, porque para eles é um papo chato. Algumas vezes, ao longo dos encontros, um botafoguense dizia “vocês têm muita paciência conosco”. As trabalhadoras até observaram que questões importantes para formular o projeto terapêutico de cada pessoa só aparecem no grupo GAM. Talvez esses assuntos importantes surjam por esse ser um espaço de escuta com paciência. Alguns, entretanto, têm dificuldade em ouvir os desabafos dos colegas, por acharem que esses assuntos não têm a ver com o grupo GAM. Num de nossos encontros surgiu, afinal, qual era o objetivo do grupo GAM: “é para conhecer a gente ou pra ajudar a gente a melhorar? Porque eu quero ficar boa!”. Pode ser tanto para conhecer quanto para ajudar. O grupo GAM pode ser uma escola, onde estamos para aprender; é também um grupo sobre medicação, para aprender sobre medicação, tirar as dúvidas da gente; além de ser um

---

<sup>15</sup> Esse é um fragmento da primeira narrativa construída com os usuários do grupo GAM no CAPS.

espaço para conversar. São muitas possibilidades, não? Um grupo onde podemos conversar, desabafar, trocar experiências, onde podemos nos abrir, aprender uns com os outros, chorar.

Desde os primeiros encontros, também buscamos decidir juntos as regras do grupo e o que faremos. Por exemplo, decidimos que o grupo seria aberto, ou seja, qualquer usuário que nunca participou dos encontros poderia entrar no grupo. Também concordamos que nossas falas poderiam ser gravadas.

Em alguns encontros, perguntaram “o que é autonomia?”. Lemos no Guia GAM (p. 11) que a autonomia, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é sempre construída na relação com o outro, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista, numa experiência de cogestão. Ainda estamos tentando entender o que é essa tal de gestão autônoma da medicação que o Guia GAM propõe, mas o grupo GAM tem sido um espaço importante para nós de troca de experiências, e isso tem nos ajudado a discutir os problemas com o uso dos remédios, a buscar estratégias para lidar com a falta deles, discutir outras formas de ajuda não medicamentosas, buscar formas de lazer, em resumo, a encontrar algo que faça nos sentirmos bem. Com a ajuda de mais pessoas temos mais possibilidades de agir, como foi dito algumas vezes em nossos encontros: “juntos somos mais fortes”.

A narrativa, entre tantas coisas, também é um trabalho de tornar visíveis os movimentos do grupo. Nesse caso, por exemplo, possibilitou retomar os mecanismos automatizados dos processos de sofrimento psíquico gerados pela exclusão, institucionalização e preconceito. Os usuários narram experiências de marginalização e estigma vivenciados por tanto tempo que, muitas vezes, podem levar a internação psiquiátrica e, com ela, trazem afetos, apoios, vivências.

Há o engajamento dos sujeitos no processo de escrita e produção de conhecimento compartilhado, inicialmente desenvolvido e estimulado nos grupos e posteriormente estendido a outros espaços. A experiência narrativa torna-se mais um elemento disparador para articulações e construções.

### **Autonomia coletiva**

Ser livre e ter laços são uma e mesma coisa. Eu sou livre porque tenho laços, porque faço parte de uma realidade mais vasta que eu (HONESKO, 2016). O exercício da autonomia dos usuários em saúde mental tem sido um dos objetivos ou finalidades centrais da política em atenção psicossocial, ou seja, a produção de saúde está associada principalmente à

garantia da ampliação de autonomia das pessoas. Tal autonomia não está necessariamente vinculada à ideia de independência ou autossuficiência; trata-se de uma autonomia coletiva amparada por uma rede de laços sociais e afetivos, denominada rede de apoio.

Apostamos que, quanto maior o suporte de vínculos do sujeito, com quanto mais pessoas e coisas ele puder contar, mais autônomo ele será, na medida em que essa rede de apoio permite a ampliação das possibilidades de circulação e ação.

A autonomia se realiza, portanto, na relação de coemergência entre sujeito e mundo, sendo, por definição, uma autonomia relacional ou coletiva. Rompe-se, assim, com a concepção de autonomia como individualidade e autossuficiência, livre arbítrio e independência. Por autonomia entendemos o funcionamento de uma rede de inter-relações e codependências (SADE et al., 2013, p. 2815).

Para tanto, a fim de possibilitar a produção de cuidado em saúde mental, há uma revolução nas práticas, nos modos e nos objetivos. A cura deixa de ser o objetivo da intervenção e aposta-se em um exercício de autonomia e, conseqüentemente, na ampliação do protagonismo e na garantia da integralidade no cuidado voltado aos usuários em saúde mental. Dessa maneira, enfim, afirmam-se possibilidades e articulações que assegurem rompimento, fissuras e desestabilizações com o estigma e o preconceito.

Com a mudança do paradigma — da cura para um modelo de atenção psicossocial que pressupõe a integralidade no cuidado — as ações se voltaram para a existência concreta dos usuários nos serviços de saúde em sua relação com o território, pensado como rede de interdependências ou campo social (SADE et al., 2013, p. 2815). Isto é, trata-se de tomar a autonomia como criação simultânea do sujeito e das regras de seu funcionamento. As regras de um sistema autônomo não podem ser entendidas como imperativo heteronômico, mas expressão da relação criativa do sujeito com o seu território existencial (SADE et al., 2013, p. 2815).

Esse movimento produtor e ao mesmo tempo fortalecedor de vínculos cria condições para uma liberdade amparada por uma rede de confiança que possibilita a capacidade de encontrar mais apoio em outras pessoas ou lugares. Quando multiplicada, ela é denominada **autonomia coletiva**. Ou seja, é uma liberdade articulada a uma **rede de apoio** cada vez maior de vínculos, ampliando as possibilidades de ação do sujeito. Entendemos por autonomia, então, menos a emancipação pessoal e isolada de um usuário de saúde mental e mais a potencialização a partir da experiência de pertencimento ao coletivo.

É preciso reconhecer que os modelos de clínica tradicionais, assistencialistas e hospitalocêntricos, pouco ou nada contribuem para a ampliação de autonomia dos

“pacientes”. Inclusive, esse é um termo propício quando o que se busca é exatamente a passividade e a obediência do sujeito que não sabe sobre ele, e que, naquele momento, é considerado apenas como uma doença.

Contudo, sabemos que é necessário reconstruir uma clínica que, sem culpabilizar, não tire os sujeitos das trilhas de sua responsabilização pelas consequências de suas próprias escolhas; “(...) isso pressupõe que os usuários farão escolhas. E os trabalhadores de saúde, *idem*” (ONOCKO-CAMPOS, 2006, p. 679).

Coprodução de autonomia e saúde passa pelo fortalecimento de práticas *com* usuários, e criação de disponibilidade a fim de (re)pensar a complexidade caso a caso. O trabalho em saúde pode ser desenvolvido *sobre* as pessoas e comunidades ou *com* as pessoas e comunidades (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). É preciso questionar os saberes especialistas de poderes, e desse modo apostar no saber da experiência que se vive.

Em supervisões semanais do grupo de pesquisa Enativos<sup>16</sup>, na UFF, entre os anos de 2014 e 2016, dentre muitas outras coisas, chamava-se atenção para que os pesquisadores pudessem estar atentos a fomentar autonomia com usuários, e isso só seria possível na medida em que pudesse ampliar as redes de apoio desses sujeitos. Um dos pontos dessa rede de apoio passa a ser o próprio grupo GAM, como possibilidade de habitação. Os sujeitos se vinculam ao espaço dos grupos, ali se reconhecem, e com ele passam a contar.

A pesquisa-intervenção seria então um ponto de conexão dessa rede para passeios na praia nos finais de semana; em outros casos, alguns visitavam o usuário quando ele “não estava bem” ou em crise. No entanto, isso só se tornou uma realidade de prática possível com o fortalecimento da experiência interventiva de pôr-se ao lado. Segundo Sade et al. (2013), ao ampliar a rede de vínculos de maneira corresponsável, uma nova partilha torna-se possível. Com ela, é possível transformar o paradigma da *alta* — a cura como direção do tratamento — para o paradigma de *autos* — a autonomia coletiva como produção de saúde (p. 2822).

Como uma intervenção institucional pode produzir cuidado a partir da criação de territórios? Qualquer intervenção que parte dos pressupostos da análise institucional toma como base a implicação. As "teorias da objetividade" se baseiam na "teoria" da neutralidade

---

<sup>16</sup> Enativos é um espaço de supervisão coletiva e apoio institucional ao desenvolvimento de pesquisas-intervenção participativas de perspectiva cartográfica que conta com a participação de professores da Universidade Federal Fluminense, alunos de iniciação científica, pesquisadores, alunos de graduação e de pós-graduação *stricto sensu*. Tal grupo ocorre semanalmente no *campus* da UFF-Gragoatá em Niterói, às quintas-feiras de 9h às 12h, sendo esse um espaço aberto de debate e orientação visando fornecer suporte às práticas desenvolvidas em nossas pesquisas de campo.

(LOURAU, 1993). Uma neutralidade que, de fato, não existe. Implicação, em uma pesquisa-intervenção, significa que a produção de conhecimento acontece no percurso e não ao final da pesquisa. Nesse sentido, nossas pesquisas não pretendem revelar algo, mas construir o conhecimento a partir daquilo que se experimenta. É muito mais uma aposta que um plano controladamente aplicável.

Apostar no construir da intervenção através da experimentação, do agenciamento, é fazer parte de uma expansão de vida, de criação de novas possibilidades e expressões de cuidado, a partir de uma construção de conhecimento que acontece com o outro e não sobre o outro, tomando por base a lateralidade. A implicação é, também, pôr-se ao lado, tecendo uma rede com laços e vínculos de confiança e, desse modo, compor a própria rede de apoio.



Figura 2: GAM na UFF: semana da luta antimanicomial

Os movimentos de autonomia coletiva, ampliação e protagonismo do grupo muitas vezes apontavam a necessidade de garantir o direito à ocupação de outros espaços, reconhecidos como pontos de apoio no tratamento e na busca pela participação cidadã. Ao longo de dois anos de pesquisa, foram inúmeros os avanços e conquistas do grupo: uma delas foi a participação desse coletivo em espaços públicos de debate e luta por seus direitos.

Houveram convites destinados ao grupo GAM para garantir-lhes participação em eventos na Universidade, tais como na semana da luta antimanicomial, semana de psicologia e semana acadêmica. Os participantes estiveram ainda no encontro multicêntrico da GAM, onde compartilharam experiências com usuários, familiares, estudantes e pesquisadores de outros campos e cidades.

Em parceria com a prefeitura municipal, o grupo expôs por duas vezes, em feiras, as criações artesanais que eram desenvolvidas em parceria com o trabalho de terapia ocupacional. Houve participação do grupo GAM até mesmo utilizando um espaço concedido pela igreja localizada no centro da cidade, em comemoração a semana da luta antimanicomial.

O grupo GAM esteve no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) da cidade e também na câmara municipal de vereadores, onde os usuários tiveram espaço de fala e cobraram pela garantia das medicações que na época faltavam na rede municipal. Além disso, estivemos juntos (usuários, acadêmicos e trabalhadores) em reunião no gabinete do prefeito, onde demandamos mais visibilidade e investimento para a saúde mental nas pautas municipais.

Tais participações não tiveram como objetivo meramente a exposição de uma prática, mas a ocupação de espaços de visibilidade e luta por direitos. Todos esses movimentos só foram possíveis de acontecer no momento em que o grupo se reconhecia enquanto tal, ao mesmo tempo em que se garantia um movimento de autonomia coletiva e contração de grupalidade. A partir desse processo, os usuários tomavam para si os espaços de fala aos quais eram convocados, tornando-se protagonistas no processo de produção de conhecimento, cuidado e formas de cogestão em saúde.



Figura 3: Grupo GAM na UFF: participação na semana de psicologia

## **Pistas do andarilhar com o primeiro território**

O corpo curioso do andarilho caminha com o primeiro território desse mapa ao passo que coexiste com ele. A pesquisa GAM, como estratégia operacionalizada a partir dos grupos no formato de roda, pressupõe três posturas principais de manejo: a lateralidade, a cogestão e as narrativas, que servem para fomentar, em certa medida, o reposicionamento dos usuários de saúde mental diante do tratamento disponibilizado no CAPS.

No entanto, apesar desses pressupostos nortear o andarilhar ao início do caminho, essas posturas de manejo também tiveram de se desfazer e refazer por muitas vezes, tendo em vista que, por serem formas de agenciamento com o mundo, não são imutáveis. O pesquisador com o campo tem a possibilidade de criar essas entradas e formas de conduzir a intervenção.

Como desenvolver uma pesquisa tomando o sentido do território *ethos* para acompanhar o percurso do desenvolvimento de uma ética de cuidado?

As posturas metodológicas de manejo serviram como facilitadoras para a condução da intervenção, por serem instrumentos disparadores, mesmo que de maneira molecular, do sentimento de pertencimento dessas pessoas aos espaços de produção de saúde, da participação ativa nas escolhas de seu tratamento, do protagonismo dos usuários diante da negociação com o psiquiatra sobre as prescrições medicamentosas, dentre tantos outros avanços que corroboram com o que preconiza a RPB.

Sobre as posturas de manejo, a lateralidade tende a romper com a hierarquia dos saberes e proporciona uma produção de conhecimento compartilhado. A cogestão, por sua vez, subsidia, inicialmente, a participação de todos os usuários na condução dos grupos e, posteriormente, a ampliação do protagonismo em outros espaços de fala e negociação. Por fim, temos as narrativas, que são experiências construídas com os usuários a fim de proporcionar uma reflexão sobre os movimentos e avanços do grupo e garantir uma escrita coletiva. Essa construção de conhecimento conjunta, também de forma molecular, produz a participação dos usuários inicialmente na organização de uma experiência compartilhada para que, posteriormente, essa ocorra também em outros espaços.

A pesquisa acontece no CAPS por este ser um dispositivo de tratamento que é aberto aos múltiplos acessos territoriais, preconizando a conexão dele com outros dispositivos de saúde da RAPS, além de ser um serviço com a possibilidade de romper com a lógica da internação manicomial.

Através de algumas narrativas, foram trazidos fragmentos de experiências, tais como a tutela no exemplo de Alice; a negação de direitos e ocupação de espaços sociais às pessoas que possuem suas vidas marcadas pelo diagnóstico psiquiátrico (por exemplo, o desejo de trabalhar para se sentir de fato uma cidadã, na história de Saudade); o manejo cogestivo em uma situação de crise com Sol, bem como os sentimentos de angústia e sofrimento ao relembrar os episódios de internação em situações de crise.

Trazer o primeiro encontro teve como um de seus objetivos principais, apresentar, através da pesquisa-intervenção participativa, de que maneira ocorreu o artesanato de experiências territoriais e existenciais com usuários de saúde mental. Trouxe ainda tais reposicionamentos como expressões de cuidado, através de uma prática inventiva e criativa de construção.

Esse encontro pontuou formas de manejo e condução de grupos a partir do desenvolvimento de uma escuta sensível com pessoas em sofrimento psíquico gerado pelos modos de exclusão, internação, processos de estigmatização e preconceito; e do desenvolver-se enquanto apoiador no processo de resignificação de seus territórios sequestrados e usurpados.

## CAPÍTULO II

### SEGUNDO TERRITÓRIO EXISTENCIAL: A ESTRATÉGIA GAM NO CONTEXTO DO CÁRCERE (PELA ARTESANIA DE TERRITÓRIOS)

Não fosse isso  
e era menos  
não fosse tanto  
e era quase  
(Paulo Leminski)

Linha de fuga não tem lugar

Em meio àquela confusão, ao caos, ao caminho traçado pelo sangue deixado no chão branco da enfermaria, havia algo para além do corpo que se corta repetidamente a fim de conseguir o que quer. Uma constituição subjetiva que não se encaixa, não se delimita, não se parece com nada que foi visto até aquele dia. Aos gritos, tomado por um discurso de rebeldia, desajustado, o corpo se fere, se rasga, se debate. Nessas horas, além de curativo para pele, precisa de uma psicóloga, eles diziam.

Mas quanta força aquele corpo continha; era energia pura corporificada. Senta-se como bicho, onde encosta deixa muito de seu sangue. A psicóloga nesse momento observa e se encanta por aquilo que sai de sua boca enquanto discurso. Discurso marginal, nada rebuscado. Não havia necessidade de conjugação verbal, mas havia verbo, havia ação. Corpo “indomável” com discurso privilegiado. Discurso de quem viveu aquilo que não vivemos. Experiência que nem parece desse mundo. Era a própria linha de fuga (des)corporificada. Pulsão, energia, uma máquina desejante, uma máquina de guerra. O que por vezes, nos alerta Deleuze e Guattari (1995), pode levar à mortificação.

Não é todo dia que “visualizamos” uma linha de fuga. Alertava que se não o trocassem de cela, iria se rasgar mais e jogar bosta na cara deles. Entendi, tinha desejo. Porém, quanto mais o trocavam de lugar, mais queria ser trocado. Já passou por todas as galerias da unidade, não se “territorializa” em nenhuma delas. Linhas de fuga desterritorializam, essa é sua função, o abandono do território. É papel da psicóloga dar contorno, eles diziam. Sem sucesso. Nenhuma via de acesso em que pudesse pegar carona nessa explosão. Escapava como um gás. Conversar com uma linha de fuga deve ser a mesma coisa que conversar com um gás. Ele te rodeia e escapa. Você o sente, mas escapa.

Todo dia, lá estava na enfermaria ensanguentado. Parece que busca por território, um lugar pra fazer morada. Não se territorializa. É só fuga, rodopios, cortes, sangue. E é nessa hora que marca um lugar. É hora do curativo, é hora de cuidar. Entre muitas outras coisas,

corta-se em troca de cuidado. Corta-se para chegar até a enfermaria e desse modo ter alguém para conversar. A linha de fuga criou esse ritornelo de movimentação circular, até marcar uma relação que se faz presente.

Por (in)felicidade, a solitária fica atrás da enfermaria. Observa toda movimentação diária e grita, e grita. Grita por atendimento. Atualmente fica sozinho porque nenhum outro companheiro de cela consegue compartilhar o mesmo espaço. Aos poucos passa a verbalizar o pedido de atendimento aos gritos. De um modo inconveniente, no entanto mais cuidadoso que o modo anterior. Seria a construção de um vínculo com aquele espaço? Lá começa a fazer morada; muda e influencia toda a rotina da enfermaria na hora em que bem entende.

Na maioria das vezes é repreendido. Mas até mesmo na repressão ganha conselhos das enfermeiras, ganha escuta. Tome esses remédios direito! A linha de fuga nesse caso parece partir em um movimento desterritorializante que se corta e grita em busca de vínculo e cuidado. Apostamos que incluí-lo nos grupos GAM e de terapia ocupacional traria efeitos. Mas que ousado! É perigoso deixá-lo "solto" nos grupos. Sempre dava um jeito de tumultuar. Brigava com outros internos, brigava com os agentes de segurança. Muitas vezes foi retirado dos grupos.

Insistíamos, continuávamos a solicitar sua presença. Em um de seus tumultos, o agente de segurança se posiciona: se ele não fizesse a atividade proposta pelo grupo (ajudar na confecção de um painel), o retornaria para a cela, porque não estava ali para ficar retirando interno à toa. Mas não seria também aquele um modo de participar? Para continuar no grupo, solicita papel sinalizando que sabia fazer flores de dobradura: encontrou um modo de permanecer no espaço. Ao terminar sua primeira flor, mostrou ao agente, que por sua vez sugere que com ela fosse enfeitado o painel. Seu saber, seu trabalho e sua participação estavam sendo valorizados. Ao final do grupo, passa pelo corredor da enfermaria e convida os trabalhadores para que pudessem também ver as flores que havia feito. Elas hoje enfeitam a sala de psicologia e as campanhas de saúde na penitenciária utilizam essas dobraduras produzidas nos grupos GAM.

Ao longo dessa história os cortes aos poucos desapareceram. Foi ampliada a possibilidade de cicatriz. Seu braço continua com todas as marcas, cicatrizadas. Seria isso contágio?

Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, só uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, copiar, imitar ou fazer como. A captura é sempre uma dupla-captura, o roubo, um duplo-roubo, e é isto o que faz não algo de mútuo, mas um bloco assimétrico, uma evolução a-paralela, núpcias sempre "fora" e "entre" (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 15).

No presídio o território não é ausente, ele é o próprio processo de produção de vida, mas também de mortificação. Não somente um ou outro, mas uma dupla-captura. É uma construção estrategicamente arquitetada para adoecer e fazer morrer. Mas parece que em

muitos momentos, encontramos caminhos, brechas, fissuras, que insistem na permanência e manutenção de vida. É por entre elas que surgem intervenções pensadas para produção de saúde, cuidado e, principalmente, um modo articulado de enfrentamento e resistência à instituição total. Aquele espaço, que parece ter sido criado para adoecer, enlouquecer, fazer morrer, quando encontra um caminho possível que permite cuidado, acolhimento, inclusão, escuta, lateralidade e cogestão, pulsa e ressoa em um tom que parece fazer ecoar entre as paredes enfrentamento e resistência.

O segundo território (cárcere) se baseará em memórias e análises que identificam potências e possibilidades de criação, mesmo em um lugar em que tal significante é visto como punitivo. Por esses motivos, não serão expostas falas literais de nenhuma pessoa. O sentido de inserir a experiência com esse campo, além da possibilidade de criação e construção de cuidado, foi o de afirmar que não seria possível passar por essa experiência, com essa potência de resignificação de vida, sem que ela afetasse e desconstruísse o sentido de ser profissional e mestranda. Um modo de trabalhar que recebeu influências explícitas de um modo de pesquisar articulado anteriormente na graduação. O trabalho como psicóloga possibilitou uma prática de construção e invenção territorial a partir da operacionalização da GAM.

A estratégia GAM nesse contexto mostrou ser um dispositivo relevante para esses sujeitos ampliarem espaços de vida, habitação e autonomia. Nesse sentido, podemos afirmar que a GAM operou como estratégia potente de artesanaria territorial com esses sujeitos que vivenciam a experiência de aprisionamento e perda de seus laços sociais e familiares, de rede de apoio, entre tantos outros. O grupo possibilitou um lugar físico (pois era reservado um espaço para os grupos), um horário quinzenal quando não havia nenhum impedimento por parte da instituição, e encontros com pessoas, escuta, compartilhamento e ressignificações. Proporcionou a valorização das falas e experiências desses sujeitos e o reconhecimento deles como seres humanos de direitos.

Em um primeiro momento poderíamos pensar que em uma prisão não é possível assegurar um cuidado territorial (nesse sentido em que trabalhamos), pois aquele é um “espaço geográfico” fechado. Mas a insistência de vida, as linhas de fuga em produção imanente, as formas “(i)lícitas” encontradas para dar vazão a expressão, apesar do amontoado de corpos, dos conflitos, das repressões — tudo isso já caracteriza a produção de um território existencial próprio.

Enquanto psicóloga do setor de saúde, teria como atribuições principais: promover saúde mental com os internos privados de liberdade, acompanhar os casos classificados como “agravos em saúde mental”, que se enquadram nas notificações de tentativa de suicídio, diagnóstico de depressão, ou qualquer caso percebido enquanto sofrimento psíquico. Além disso, as pessoas que estão classificadas como portadoras de “transtornos psiquiátricos” (esquizofrenia, bipolaridade, transtornos de personalidade, etc.), aqueles casos classificados como “dependentes químicos” e acompanhar de maneira mais próxima todos os usuários de psicotrópicos.

Falar de produção de saúde no contexto do cárcere tende a ser um assunto delicado, pois, como viemos discutindo, o próprio confinamento, a institucionalização dos corpos, a superlotação nas celas, as doenças infecciosas que se espalham com facilidade e a insuficiência de profissionais da saúde *versus* a quantidade de internos na unidade prisional, por vezes, dificultam a garantia de atendimento à maior parte da população carcerária, mesmo nos casos de agravantes emocionais e sofrimento psíquico.

Instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), dentre outros avanços, estabelece que a unidade de saúde prisional será um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS, qualificando a atenção básica no âmbito prisional e articulando com outros dispositivos dessa rede no território (BRASIL, 2014). Aos presidiários enquanto usuários do SUS serão garantidos direitos e deveres de acesso à saúde, bem como o aprimoramento e desenvolvimento de condutas específicas voltadas a essa população.

Enquanto atenção básica e política do SUS, o serviço de Unidade Básica de Saúde (UBS) nas UP deve manter ações estratégicas pautadas nos princípios de integralidade, equidade, corresponsabilidade e valorização dos mecanismos de participação popular, sendo o objetivo dessa portaria “promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando cuidado integral” (BRASIL, 2014, p. 19).

Outra portaria importante que regulamenta o trabalho de saúde nas UP é a nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014, p. 57)<sup>17</sup>, e orienta: 1) a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária; que 2) viabilizem acesso e responsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei; 3) contribuindo para a desinternação progressiva de pessoas que cumpram medida de segurança em unidades hospitalares e instituições penais. Ainda recomenda que 4) a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) seja feita pelo serviço de referência da rede “(...) visando à responsabilização do cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede (BRASIL, 2014, p. 60)” ; além da 5) realização de trabalho integrado com a área de atenção psicossocial.

Trabalhar seguindo os princípios da atenção básica é, principalmente, pensar em ações estratégicas de cuidado amparadas pelo território, que comporta aspectos socioeconômicos, políticos, geográficos, existenciais. É preciso embrenhar-se nele, conhecê-lo, em uma tentativa de promover saúde e cuidado. A atenção primária não comporta aspectos de especialidades fragmentadas, tampouco exclusivamente biomédicas. Ela se concentra principalmente na promoção de saúde por um viés amplo, multidisciplinar, que leva em conta aspectos biopsicossociais do sujeito, proporcionando-lhe atenção integral. Por isso, torna-se imprescindível intervir de modo a fomentar lateralidade.

O território presídio é composto por uma divisão de galerias, ou seja, as galerias não se misturam e a cada uma é reservado um dia específico na semana de atendimento no setor de saúde. Cada galeria possui horários diferentes para o banho de sol, convívio e outras demais movimentações.

Existem funções de trabalho ocupadas por alguns internos — denominados internos trabalhadores. Esses são responsáveis pela manutenção do presídio, outros pela limpeza, uns prestam serviço na padaria e na horta, e alguns trabalham como “correrias”. Os correrias fazem os “corres”, ou seja, são responsáveis pelo recolhimento e encaminhamento de demandas dos demais internos, e é por intermédio deles que a equipe de saúde ou a equipe jurídica toma conhecimento das pessoas que necessitam de algum atendimento específico. Os correrias tomam a função que poderia ser comparada com a de “Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”.

---

<sup>17</sup> Essa portaria considera a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (p. 57).

Na maioria das Unidades Prisionais do Espírito Santo existe uma escola, uma unidade básica de saúde e o setor jurídico. Esses três setores são responsáveis por prestarem assistência jurídica, educacional e de saúde aos internos privados de liberdade.

Institucionalização, produção de territórios e cuidado

O grupo GAM na penitenciária abriu espaço para outros movimentos. Algumas pessoas frequentavam o grupo, no entanto, preferiam ler livros que estavam dispostos na mesa. Enquanto a conversa acontecia, uns faziam dobradura de papel, escreviam, compunham músicas. O grupo GAM tornou-se um espaço para cantar, para recitar poesia; um espaço de fuga, expressão e liberdade. Ali, naquele momento, enquanto conversávamos sobre formas de cuidado, medicalização dos corpos e direitos (direito de acesso digno à saúde; direito de não ser taxado para sempre como ex-presidiário; direito à escola e educação; direito ao trabalho), utilizávamos também aquele espaço como um espaço de criação do que quisessem e pudessem expressar. Isso recebeu influências de outro grupo também desenvolvido na penitenciária: o grupo de leitura, escrita e expressão. Esses grupos acabaram por se misturar em certa medida. Algumas vezes, no grupo de leitura, recorríamos ao Guia GAM para nos ajudar no manejo. Por vezes, no grupo GAM, recorríamos aos livros de literatura para nos ajudar a diluir questões.

Reconhecemos como movimentos de fuga as solicitações para participarem dos grupos. Começam a chegar filtros dos sonhos<sup>18</sup> feitos na cela com os recursos que por lá encontram: circunferências de pote de desodorante e linhas retiradas da cueca. A notícia correu, e parece ter criado um comportamento em massa. Outros mandam flores e anjos esculpidos no sabonete, chapéus feitos à mão através de pontos de crochê muito bem-acabados. Mas como, se na cela não há linha de crochê? Na verdade, não era linha. Eram sacolas plásticas brancas desfiadas e enroladas até parecerem, por textura e aparência, com linhas de crochê. Qual a possibilidade, por exemplo, de habitar e construir novos espaços de experimentação para os sujeitos que literalmente nasceram dentro da cadeia? Tivemos de abrir outros grupos, possibilitar e ampliar esses espaços de expressão. Afinal, estar aqui nesse grupo parece que tira a algema da mente.

Em outro encontro do grupo GAM, lemos a pergunta: como você cuida de si mesmo? Deitando, dormindo e tomando remédio. Poderia existir uma pílula para dormir por 24h. Cuidamos de nós mesmos limpando a cela, com leitura, falando dos problemas, cuidando da mente. Por exemplo, hoje não temos nada; se depender de um tostão para irmos embora, não temos. O que fazemos aqui é o que podemos: ouvir. Ouvir é um modo

---

<sup>18</sup> “Amuleto típico da cultura indígena norte-americana que, supostamente, teria o poder de purificar as energias, separando os “sonhos negativos” dos “sonhos positivos”, além de trazer sabedoria e sorte para quem o possui (...). Para o xamanismo, o filtro dos sonhos serve como uma mandala para inspirar a criatividade, imaginação e ajudar a transformar todos os sonhos e objetivos em realidade”. *Link: <https://www.significados.com.br/filtros-dos-sonhos/>*. Acesso *online* em 20 de janeiro de 2019.

de cuidar do outro. Isso que temos. Ou seja, cuidar de si é também cuidar do outro. Há uma prática de cuidado sendo desenvolvida e com ela tece-se uma rede de apoio em um movimento molecular. Então vamos lá, gente, o que é cuidado? O cuidado é aquilo que te protege, te envolve desde quando você nasce. Cuidado deve ser levado a sério, e pode ser dado ou recebido. Aqui dentro quem precisa de cuidado e com quem precisamos ter cuidado?

Em algum momento, o agente de segurança entra na sala ainda enquanto o grupo acontece e é imediatamente interrompido: sai daê doido! Esse aqui não é seu espaço não. Com o agente aqui não conseguimos nos abrir, falar o que pensamos. O grupo nesse momento é reconhecido como nosso espaço para desenvolver e pensar cuidado(s). É preciso cuidar do nosso território. Não é qualquer pessoa que faz parte dele.

Finalizamos esse grupo com uma sugestão de rezar a oração do pai nosso. De mãos dadas, na posição de doar e receber. Uma mão para cima e outra para baixo, em uma expressão representativa de rede. Intuitivamente, retomamos a questão: o que temos aqui é o que podemos doar.



Figura 4<sup>19</sup>: Expressão de fuga: tirando a algema da mente

No contexto biopolítico, é a própria vida que está em jogo, sendo ela campo de batalha. Contudo, como dizia Foucault, é no ponto em que o poder se incide com maior força, na vida, que se ancora a resistência. Às vezes é no extremo da vida nua que se descobre uma vida (PELBART, 2008, p. 16).

Na tentativa de promover saúde e cuidado pelos princípios da atenção básica, dentro de uma unidade prisional, nos desafiamos, pois é preciso inventar práticas que construam vida com esse espaço que está, em certa medida, mortificando-se.

<sup>19</sup> Figura 4: expressão de fuga: tirando a algema da mente. Painel produzido em um grupo com internos na unidade prisional utilizando recorte e colagem. Enquanto alguns narravam significados e representações das palavras, frases ou imagens que escolheram, outros completaram o painel escrevendo.

Notamos ao longo da condução dos grupos GAM na penitenciária, que o espaço da intervenção, em uma sala diferente da cela (espaço geográfico), com a duração de uma hora e meia (tempo), assegurando que os internos estivessem sem algemas, promovendo discussões acerca de qual tipo de protagonismo, direitos e autonomia poderíamos construir naquele lugar, disparava reposicionamentos, falas de apoio e cuidado com o outro, possibilitava escuta. Aquele era um espaço em que se pode falar e ser ouvido. Falas que afetam, mobilizam. Nada ali é neutro; por vezes a discussão é pesada, chega a doer a cabeça. Na unidade prisional a comida é ruim, o tempo é ocioso, pouco se produz com ele. Isso traz a sensação de inutilidade. Somos o lixo da sociedade. O mundo está lá fora girando, a gente aqui não gira.

É dor de estômago; tuberculose; hanseníase; vômito; micose; coceira; furúnculo; falta de notícias da família; tentativa de suicídio; falta de visitas; surtos e episódios de crise. É hipertensão; diabetes; doenças sexualmente transmissíveis; câncer; fraturas; cirurgias que precisam ser realizadas. Tem dor, gritos de agonia, somos *experts* em sofrimento.

Ouvir todas essas demandas, além de dor de cabeça (não no sentido metafórico), traz sentimento de tristeza e sensação de impotência. O que podemos fazer em contato com todos esses atravessamentos? Individualizar? Encaminhar? Buscar soluções pontuais? Muitas vezes, é necessário. No entanto, a condução dos grupos GAM auxiliava nisso também. Era um momento de fuga, de exercício de liberdade, em um contexto que aprisiona e mortifica corpos. Naquele espaço conseguíamos coletivizar questões, pensávamos em estratégias conjuntas de enfrentamento. Alguns iam aos encontros para respirar, passar um tempo no ar condicionado, construir vínculos e parcerias, conversar. Era um exercício que alivia dores, desata nós da garganta. Ao desatar os nós, construíamos laços, valorizávamos experiências e sujeitos: esses tomavam lugar de seres humanos e não apenas crime. Isso parece óbvio, mas talvez seja importante reafirmar, sempre.

Em muitos encontros, sequenciávamos as discussões do Guia GAM; em outros, eram apontadas questões de interesse e acabávamos por não entrar no Guia. Muitas vezes, quando precisávamos de um suporte para conduzir a discussão, abríamos em uma página aleatória, e parecia que as perguntas expostas ali haviam sido planejadas para aquele momento. As questões nos davam contorno, nos ajudavam a pensar: com quem posso contar nas horas difíceis? Eu sou uma pessoa, não uma doença. Como você cuida de você? Você possui alguma fonte de renda? Você conhece seus direitos? Desenhe as pessoas e lugares que fazem parte da sua rede de apoio. O Guia GAM era como disparador de reflexões e parecia contornar experiências e sentimentos que precisavam de suporte.

Afinal, somente com o remédio, não podemos resolver tudo. A medicação tampona alguns sentimentos e dificuldades por algumas horas. Pode fazer dormir (que parecia ser o principal objetivo de utilizar a medicação psicotrópica) e, assim, podemos nos afastar do contato com nossa realidade, mas quando você acorda, estão todos os problemas e dificuldades ali novamente. O profissional médico, diante daquele corpo que padece, que não dorme, que apresenta sinais claros de ansiedade e agonia provenientes do encarceramento e privação de liberdade, receita rivotril, sem muitas vezes escutar ou buscar por outras formas de cuidado.

É corriqueiro cairmos no vício da medicalização quando estamos diante de tantas (im)possibilidades. No entanto, entende-se que somente medicação não é cuidado. É necessário construir outros modos de lidar com o que nos angustia, causa dores de cabeça e sofrimento (até mesmo aos profissionais). Essa demanda possui uma dimensão individual, no entanto é bastante coletiva. É preciso coletivizar essas questões, ela a todos atravessa.

Identificamos a necessidade de apostar na ampliação dos coletivos de escuta, pois o cuidado construído em espaços públicos comporta, por si, essa dimensão. Afinal, após meses de trabalho, agora somos um grupo e não apenas um interno sozinho. Enquanto coletivo, nos ampliamos, habitamos mais experiências, acessamos mais pessoas e histórias de vida.

Em certo momento, haviam nove grupos GAM sendo conduzidos quinzenalmente, com uma média de 5 a 10 participantes. No entanto, existem muitas interferências que por vezes, diminuía a garantia dos encontros. A frequência dos grupos poderia variar conforme disponibilidade e autorização, tendo em vista a necessidade de agentes de segurança para movimentação dos internos, o conflito de horários do grupo com outras atividades programadas na instituição, ou até mesmo diante de alguma intercorrência nas galerias. Os manejadores eram dois psicólogos e uma terapeuta ocupacional. Isso pretendia atingir quase todos os 80 usuários de psicotrópicos da penitenciária, tendo em vista que alguns optavam pelo atendimento individual.

Havia uma dimensão de propagação, de ampliação da experiência. Cada grupo com suas características, mas existia algo que os atravessava e que era comum. Apostamos nessas intervenções como um modo possível de produzir cuidado, ampliar autonomia coletiva e protagonismo desses usuários, não somente em relação à medicalização do sofrimento psíquico, mas também às transformações e produções de vida naquele espaço. O coletivo era

uma expressão potente de força que brotava em um ambiente mortificado, como uma grama que nasce nas brechas do concreto.

Dizer de cogestão no presídio é apostar em um tipo de gestão de vida desses sujeitos que, em muitos sentidos, lhes foi capturada. Tal experimentação nesse contexto é quase que assegurar, de outro modo, por outra via, um direito: o de gestão da própria vida autônoma e coletiva ao mesmo tempo. Reconhecemos que isso é essencial para a produção de saúde. Como fomentar a promoção de cuidado com base na criação de territórios existenciais? É reconhecer que esse também é potente. Que pode ser alcançado através de fissuras por entre paredes e grades.

Não conseguiremos acabar com o sistema prisional tão facilmente, e essa realidade ainda é distante; no entanto, precisamos nos arriscar. É preciso estar ao lado dos privados de liberdade, a fim de garantir um exercício de libertação que se dá na busca de brechas, na insistência em promover espaços coletivos, em retirar as algemas, em sentar ao lado, desinstituindo a política do medo. Precisamos desestabilizar o medo instituído como primeiro passo e trabalhar em um sistema de implosão.

A GAM entra nesse processo como dispositivo de artesanaria e restauração desses territórios que lhes foram retirados, através do tecer-se enquanto rede de apoio: artesanaria territorial a partir da costura de redes. Desfazer os nós pela ampliação de vínculo. Esse parece ser também um dispositivo de recuperação de território, uma ferramenta que cria artifícios através da promoção de lateralidade e cogestão, potencializando a produção de autonomia coletiva, disparando deslocamentos subjetivos e, portanto, novas experiências de territorialização.

Afirmamos que arriscar em compor com o cenário prisional, para em certa medida criar fissuras e desestabilizações, é assumir uma postura e um desafio de garantir a reinvenção/criação de um território existencial. Seria o desafio de reconhecer esse como ferramenta (que não está pronta), uma ferramenta a ser construída com a realidade, para assim transformá-la. Isso diz de uma postura, uma conduta enquanto agente transformador e produtor de realidade e cuidado: é uma escolha, um risco, uma postura, um *ethos*.

O cuidado nesse sentido, como expressão do território *ethos*, traz elementos também para a produção da ética do cuidado — essa como um processo de subjetivação. Segundo Saffiotti (2017, p. 78–79) é um tipo de cuidado que contém a presença de si e do outro, contanto que o outro tenha intencionalidades definidas para essa mediação; além disso, é um

cuidado que sustenta a dignidade, rompe com a invisibilidade sem, no entanto, ocultar o sofrimento do outro. A prática da ética de cuidado é um movimento de legitimar experiências da loucura e tantas outras formas de subjetivação.

Ainda com Saffiotti (2017), o cuidado enquanto expressão de produção do território *ethos* é, em sua maioria, uma dupla-captura entre uma prática reflexiva sobre todos os atravessamentos que constituem o sujeito e um processo de desterritorialização desses saberes. Além disso, a prática do cuidado é uma prática de deslocamento e constante invenção.

Pensar uma instituição fechada que adoece na reprodução de modos e práticas instituídas sem possibilidade de mudança e, na contramão disso, compor com linhas de fuga, linhas do desejo, produzir novas formas de fazer saúde: isso é um desdobramento subversivo de resistência. É uma nova possibilidade de reinventar-se para sobreviver.

Por todos esses voos, pouso em Fernanda Bocco (2006), onde traz em última análise que a luta, apesar da descontinuidade geográfica ou temática, “(...) trata-se de resistir a partir de nossas atividades e, dessa forma, alimentar as revoluções moleculares. Desde qualquer lugar podemos questionar o conjunto do sistema e fazê-lo explodir” (p. 49); além disso, devemos dar outros passos para que essa luta tome consistência e não deixe espaço para a inércia ou para o descaso. “Precisamos construir e exercer uma resistência, aqui entendida como uma prática que não pretende ser oposição ou reação passiva, mas sim potência de invenção e produção de realidade (p. 140).”

se é contra o poder que se luta, então todos aqueles sobre quem o poder se exerce como abuso, todos aqueles que o reconhecem como intolerável, podem começar a luta onde se encontram e a partir de sua atividade (ou passividade) própria. E iniciando essa luta – que é a luta deles – de que conhecem perfeitamente o alvo e de que podem determinar o método, eles entram no processo revolucionário. (DELEUZE; FOUCAULT, 1972, p. 44).

Gás de pimenta e bomba de lacrimogêneo para todos

No começo é assim, você não entende muito bem o que faz sua garganta fechar. Falta-lhe o ar, dificuldade para respirar e falar, até que se inicia a tosse generalizada. Ai você entende, é gás! Água, água! O efeito “moral” chega para todos, sem distinção. Geralmente acontece quando tem algum tumulto na galeria, o interno que desrespeita os agentes de segurança ou as regras da unidade. Isso é necessário, eles dizem, caso contrário, a cadeia vira<sup>20</sup>. A cadeia vira, irmão. Com o tempo... Há dois anos passando a maior parte dos dias dentro da prisão, aprendi a reconhecer o gás antes que ele possa me

<sup>20</sup> Expressão utilizada para se referir a rebeliões nas unidades prisionais.

afetar tanto: pela coceira no nariz. Imediatamente fecho a boca e não abro por nada, aviso a quem posso e me comunico por mímica, até passar. Um alívio.

O grupo já estava programado, eles chegaram. Passamos um tempo inicial em silêncio. Às vezes é pesado mesmo, e quantos sentimentos cabem em um intervalo de silêncio? Somente ao escrever, posteriormente, pude perceber o quão contraditório foi passarmos do silêncio para a experiência de ouvir vozes.

Uns atribuem à religião, é espiritual; outros ao espiritismo, por exemplo: só se ouve vozes de quem já morreu. Tem os casos de esquizofrenia também, e é quando aparece o João e o Zé. Um diz coisas boas, o outro, coisas ruins. Ouvimos desde a infância, mas pensando bem... isso começou na prisão. E os remédios? Não acabam com as vozes totalmente? Diminui, acaba ou não faz nem cosquinha. E se mudar a medicação e as vozes sumirem? Para alguns parece que será uma experiência bastante solitária... É melhor ficar com elas que fazem companhia.

Você consegue me ouvir? Um riso de quem não entendeu nada o que eu disse. É porque as vozes estão muito altas hoje. Então vamos fechar os olhos? Vamos repetir exatamente o que as vozes estão nos dizendo? As vozes femininas parecem mais agradáveis. A masculina é muito grave, tá difícil compreender. A voz se inquieta, quer sair dali de qualquer jeito. Seria possível uma negociação? Dá para diferenciar o que nós queremos e o que a voz nos solicita? Algumas vezes sim... Posso ficar um pouco mais.

### **Pistas de um segundo território e o encontro com o presídio**

A experiência de andarilhar pelos grupos GAM no contexto do cárcere mapeia alguns elementos e formas de cuidado em uma unidade básica de saúde dentro da instituição prisional. Notamos que o andarilho, principalmente nesse contexto, é um agente de intervenção, tendo em vista que sua escuta e implicação são potencialmente elementos produtores de saúde.

A partir desses elementos, muitos analisadores precisam ser considerados de maneira singular, pois, além de problematizações sobre o uso indiscriminado de psicofármacos, desempoderamento dos usuários diante do tratamento, de suas escolhas, direitos, processos de violência e preconceito, observamos o agravante da situação de encarceramento, que põe o presidiário na condição semelhante à de tutela, denominada “custódia do estado”.

Isso significa que a vida, os hábitos, as condutas e necessidades dessas pessoas estão subordinadas ao poder do estado, através da privação de liberdade, muitas vezes utilizando formas punitivas para controle e coerção dos corpos.

Qual a possibilidade de garantir o cuidado designado à equipe de atenção básica no setor de saúde, em um território fechado, produtor de doenças e loucura, reprodutor de diversas formas de violências?

Como preconizado pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (PNAISP), a equipe de saúde na categoria de atenção básica em uma UBS precisa produzir cuidado levando em consideração o território; por exemplo, ao acessar outros dispositivos de saúde da rede quando necessário. Além disso, a população das unidades prisionais faz parte da divisão administrativa em saúde do município no qual a unidade está localizada. Sendo assim, o paciente que precisa de uma medicação disponibilizada pelo município a receberá pela rede que compõe determinada região.

Amparados por essas e outras diretrizes da política de atenção básica, a equipe de saúde toma como postura a criação de territorialidade como possibilidade de produzir cuidado e cogestão em saúde, mantendo-se ao lado desses internos.

Trabalhar sob a lógica do território como agente transformador, produtor de realidade e cuidado é uma escolha, um risco, uma postura, um *ethos*. Além disso, traz consigo a possibilidade de compor uma morada subjetiva, processos de ressignificação e modos desinstitucionalizantes, nesse cenário violento com possibilidades reduzidas. Mesmo com os atravessamentos que reduzem os modos de viver, o cuidar nesse sentido é uma prática de enfrentamento, desterritorialização enquanto artesanía inventiva. A inventividade opera como fissuras que nos conduzem a articulações de vida.

Resistimos com e pela construção de um *ethos* próprio de cuidado, encontrando parcerias e formas estratégicas de intervenção. Nesse campo também foi possível trabalhar com as três posturas de manejo: a lateralidade, a cogestão e as narrativas, a partir da operacionalização dos grupos GAM e de terapia ocupacional que tinham como público alvo, principalmente, os usuários de saúde mental em uso ou não de psicofármacos e os internos em sofrimento psíquico com algum tipo de agravante emocional.

Durante as intervenções, operacionalizando escritas coletivas de forma cogestiva e lateral, no contar e recontar de histórias, na criação de laços de confiança com os espaços de grupo, costurávamos novos processos de (des)territorialização. O cuidado se expressava

enquanto artesanania coletiva no tecer-se subjetivo existencial, pelo próprio engajamento dos usuários nos processos de cogestão em saúde e pelo aumento da possibilidade de participação dos mesmos nas decisões acerca do tratamento.

**CAPÍTULO III**  
**TERCEIRO TERRITÓRIO: AFLUENTE DE PESQUISA**  
**OFICINAS NARRATIVAS COM TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL**  
**(POR UMA POLÍTICA DA NARRATIVIDADE COMO INTERVENÇÃO E**  
**CRIAÇÃO DE TERRITORIALIDADES)**

(...) A mãe disse que carregar água na peneira  
era o mesmo que roubar um vento e sair correndo  
com ele para mostrar aos irmãos (...)  
O menino era ligado em despropósitos.  
Quis montar os alicerces de uma casa sobre orvalhos.  
A mãe reparou que o menino  
gostava mais do vazio que do cheio.  
Falava que os vazios são maiores e até infinitos (...)  
(Manoel de Barros)

A ideia de desenvolver uma pesquisa que estivesse voltada para a afirmação de uma política da narratividade, enquanto intervenção capaz de promover cuidado em saúde mental deu-se a partir de uma sucessão de encontros potentes e desestabilizadores. São os encontros, no ano de 2017, com o programa de pós-graduação em Psicologia Institucional (PPGPI) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e, ao mesmo tempo, com o grupo de pesquisa “Políticas Públicas e Práticas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, que possibilitam essa escrita.

Sobre este grupo de pesquisa: ele vem sendo conduzido por professores e acadêmicos do Departamento de Terapia Ocupacional e do PPGPI na UFES. Em novembro de 2015, juntamente com os profissionais que compõem o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado do Espírito Santo, promoveu o “Seminário Estadual de Saúde Mental no ES: redes e produção de cuidado, caminhos e desafios” (2015).

Desse seminário surgiram algumas encomendas por parte dos trabalhadores que compunham a RAPS. A principal teria sido pela ampliação dos espaços de discussão, ou melhor, pela continuidade desses encontros. O grupo de pesquisa inicialmente propôs elaborar essa encomenda com os trabalhadores, numa tentativa de compreender como se tem constituído os processos de trabalho na rede de Saúde Mental em quatro municípios da Grande Vitória (Serra, Vitória, Vila Velha e Cariacica), através de grupos focais.

O trabalho de análise, seguindo a direção da formulação de uma encomenda à definição de uma demanda de análise, “(...) vai modulando o campo de intervenção onde

todos estão incluídos (quem encomenda, quem demanda, quem e o que analisa)” (BARROS; PASSOS, p. 19, 2009).

Em um primeiro momento, o que se estruturou como proposta foi uma ocupação programada dos espaços da Universidade Federal do Espírito Santo em formato de grupos focais, nos quais os trabalhadores puderam compartilhar algumas de suas experiências e práticas.

É importante ressaltar que esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFES, CEP-CCS/UFES, por meio do Parecer Consubstanciado do CEP nº 1.566.200, de 25 de maio de 2016, respeitando-se assim os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos colaboradores, na coleta e tratamento dos dados, com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Todos os participantes assinaram uma via do TCLE, bem como receberam também uma via. Os áudios foram registrados e a identificação dos participantes suprimida de todas as transcrições, garantindo assim o sigilo quanto a identificação dos trabalhadores.

### **Os grupos focais**

Aproximando-nos, descobrimos e experimentamos modos de fazer, saberes e especificidades que estão presentes na realidade dos serviços de saúde mental de quatro municípios da região metropolitana do estado do Espírito Santo: Serra, Vitória, Vila Velha e Cariacica.

A condução dos grupos focais utilizou como estratégia metodológica a realização de 07 (sete) encontros, contando com a participação de 04 (quatro) a 15 (quinze) trabalhadores da rede de saúde mental. Cada grupo de trabalhadores foi dividido por especificidade de atuação e aparelhos de saúde, pondo em análise os atravessamentos das práticas no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, ou seja, foram preservadas as especificidades, ao mesmo tempo em que são intensificadas as interlocuções desse modo de produção do cuidado.

Por exemplo: dentro da estratégia de cuidado com álcool e outras drogas, havia um levantamento prévio feito pelo grupo de pesquisa de quais aparelhos de saúde que compõem a rede disponibilizavam recursos de acolhimento e cuidado para esse tipo específico de atenção. Posteriormente, foi disparado um convite através de *e-mail* para os coordenadores das equipes

e equipamentos de saúde da rede de saúde mental com esse tipo de atenção como, por exemplo, Residências Terapêuticas, UBS, CAPS, consultório na rua, entre outros, nas cidades de Vitória, Serra, Cariacica, Vila Velha.

Ao todo, foram 07 (sete) encontros dos grupos focais com diferentes trabalhadores, que se disponibilizaram a discutir em roda os seguintes temas eixos de trabalho:

- 1) Saúde Mental Infanto-juvenil
- 2) Atenção às situações de crise
- 3) Cuidado em álcool e drogas
- 4) Saúde Mental na Atenção Básica
- 5) Desinstitucionalização nos CAPS
- 6) Desinstitucionalização nas Residências Terapêuticas (RT).
- 7) Grupo focal com os gestores

Os grupos focais, portanto, teriam certo “foco”, que era o de “avaliação do processo de trabalho na produção de cuidado em saúde mental da RAPS na Grande Vitória”. Considerando esses eixos temáticos como pontos centrais, discutimos com os profissionais possibilidades e limites das práticas para fortalecimento e qualificação da RAPS, bem como acompanhamos as especificidades do processo de trabalho em cada eixo temático.

Houve uma divisão entre os pesquisadores para condução e manejo de cada grupo focal. Posteriormente, o mesmo pesquisador auxiliaria na análise e transcrição do material de cada encontro. Nessa etapa de divisão de trabalho, há uma escolha em participar dos grupos focais com a temática desinstitucionalização.

**A. Grupo Focal com a temática Desinstitucionalização** na perspectiva dos **Serviços Residenciais Terapêuticos (RT)**: participaram 9 (nove) trabalhadores dos equipamentos de saúde municipais.

**B. Grupo Focal com a temática Desinstitucionalização** na perspectiva dos **CAPS**: participaram 18 (dezoito) trabalhadores dos equipamentos de saúde municipais.

O interesse em participar desses grupos especificamente era ouvir dos trabalhadores o que se tem feito enquanto práticas de desinstitucionalização e entender de que forma vem ocorrendo tal processo nesses municípios, já que a RPB preconiza o cuidado integral do usuário.

Entendendo a desinstitucionalização como movimento instituinte da reforma psiquiátrica, o que aparece nas análises dos grupos focais é um território complexo, com muitos atravessamentos que afetam e influenciam tal processo.

Foi apontada (1) a falta de investimento público a fim de tornar a infraestrutura de um dos CAPS e de outros aparelhos da RAPS adequada para promoção de cuidado, o que contribui e reforça em certa medida a necessidade de sustentar a lógica de internação na visão dos trabalhadores:

*“É uma estrutura horrorosa que deveria ser interditada (...) tem risco de cair, água inunda tudo, já caiu pedaço de... é uma coisa tão absurda, tão absurda, então como não falar em internação? As residências, duas delas a gente faz a visita mensal, algumas são minimanicômios, sem dúvida, minimanicômios, então só mudou o quantitativo, se antes eram duzentos, trezentos, quatrocentos agora são sete, oito, mas são minimanicômios.”<sup>21</sup>*

*“A gente vê a fragilidade dessa rede. O cara acaba ficando “encapsulado”. A gente promove a institucionalização, porque não tem a estrutura mínima...”*

Comparece (2) a cultura de internação no Espírito Santo, com forte representatividade do antigo hospital psiquiátrico na região da Grande Vitória, esse sendo reconhecido como um importante equipamento ou ponto da RAPS no estado atualmente.

*“Eu sou super contra ter um hospital psiquiátrico, mas eu vou ser muito franca pra vocês, se hoje não tivesse o hospital lá pra internação eu não sei o que seria de algumas famílias.”*

Os trabalhadores apontam que (3) com todos esses atravessamentos, por vezes, há uma atualização da lógica manicomial no tratamento oferecido nos equipamentos de saúde mental.

*“Outra coisa é uma institucionalização que a gente também permite dentro do CAPS. Não sei, é uma dificuldade que a gente tem, fica institucionalizado no CAPS, e a gente tem também a nossa dificuldade de nos desfazer daquela pessoa, fica com pena dele.”*

---

<sup>21</sup> Os trechos em itálico, daqui em diante até segundo aviso, são falas colhidas durante o Grupo Focal: Desinstitucionalização nos CAPS.

*“Porque a gente trabalha dentro do CAPS, onde dizemos acreditar num serviço multiprofissional, num serviço de atenção psicossocial e a gente, através das nossas atitudes, afirma o lugar ainda do tratamento tradicional, do tratamento medicamentoso, a gente afirma esse lugar.”*

*“‘Gente, vamos dar alta, se não der certo ela retorna’. Deu certo, nunca mais eu vi. Sinal de que deve estar muito bem. Isso já tem um ano e meio.”*

Por vezes, o sentido de território que comparece é (4) uma delimitação de um espaço geográfico, com poucos elementos e recursos disponíveis para contribuir com o processo de desinstitucionalização. Esse também é visto enquanto divisão político-administrativa, como na frase *“fulano pertence ao seu território”*.

*“‘Caramba, o que eu faço com esse cara?’, mas não tem nada no território? Nada. Às vezes não tem nada na rede. Talvez ele ache no centro comunitário, alguma coisa, não sei, vai fazer um curso de informática... Tanto que alguns lá quando correm atrás eles fazem algumas coisas. O território também não é zerado, ele tem as suas coisas, tem a quadra de bocha lá pra jogar, mas não, ele se sente bem no CAPS.”*

*“Então essa questão de CAPS casa de passagem, que é assim que a gente entende, que tá ali aí depois ele vai para o seu território.”*

Vive-se de fato essa separação entre CAPS e território?

Houve também uma (5) reflexão sobre o sentido de autonomia, entendida como individual/pessoal.

*“Mas também acho que o foco é isso da autonomia, é poder ocupar outros espaços que não só o CAPS, não pode de forma alguma se limitar ao CAPS. Às vezes eles conseguem ocupar (e isso é legal e tá bem melhor até) outros espaços.”<sup>22</sup>*

*“Eles não têm autonomia, não é incentivado a saída, o explorar o território, ir na padaria.”*

*“A gente percebe que alguns têm uma autonomia, mas tem usuário que não. Então me incomoda muito, assim, onde tá o terapêutico nessa Residência Terapêutica?”*

---

<sup>22</sup> Esta fala e as seguintes referem-se ao Grupo Focal: Desinstitucionalização nas Residências Terapêuticas.

Além disso, foi sinalizado que o que é feito fora do CAPS não é considerado trabalho para alguns gestores municipais. Por exemplo, a liberação para cursos de capacitação, pesquisas, vinculações à universidade, acompanhamento de usuários em atividades externas, ou até mesmo a saída da instituição para promoção de trabalhos. Para a gestão pública dos serviços da RAPS de alguns desses municípios, só é considerado como processo de trabalho aquilo que é feito dentro do CAPS; para todas as outras atividades, além dos trabalhadores justificarem a saída, terão de “cobrir essa carga horária”. Essas práticas podem dificultar o acesso aos processos de desinstitucionalização e a construção de um cuidado menos institucionalizado.

Algumas práticas parecem enrijecidas e atreladas ao modelo hospitalocêntrico de tratamento, no entanto, muitas vezes, os trabalhadores ampliam a dimensão do cuidar, habitam e constroem experiências territoriais com o usuário. Em outros espaços, inclusive, os trabalhadores narram cenas de possibilidades e articulações territoriais. A proposta seria, então, mapear sentidos através de experiências narrativas. Dessa maneira, a aposta é que seja possível operar com um *ethos* para garantir espaços de criação e aberturas, podendo, inclusive, a partir da troca com o outro, identificar recursos potentes que surgem enquanto expressão de cuidado.

Quais são as barreiras enfrentadas cotidianamente que dificultam essa experimentação territorial no modo de cuidar? Apostamos que retomar esses atravessamentos através de uma construção coletiva narrativa pudesse ser um dispositivo de intervenção que ajudaria a ressignificar os “nós da rede”, muitas vezes citados ao longo dos grupos focais. No momento em que eles aconteciam, não havia um espaço específico com a temática “território”.

A aliança foi feita ao conteúdo processual e ao campo em determinado momento, no qual reconhecemos os grupos focais como *locus* potente para elaboração da intervenção que posteriormente denominamos oficinas narrativas. Ou seja, é um percurso outro, afluente de pesquisa, que surge do interesse na temática “desinstitucionalização” trabalhada nos grupos focais, em que pudemos ampliar discussões, com a criação de mais esse espaço de escuta, apoio e cuidado.

### III. I. Território afluyente

O interesse em retomar, através de oficinas narrativas, algumas questões que foram levantadas nos grupos focais com esses trabalhadores, visava garantir discussões e o apoio aos processos clínico-institucionais inerentes às práticas de produção de cuidado na atenção psicossocial. O dispositivo de intervenção que esse afluyente de pesquisa propõe toma como pista a dimensão e o sentido sobre a produção de cuidado por entre práticas e posturas territorializantes. Por esse motivo, a opção é de nos reaproximarmos nesse momento dos trabalhadores, por acreditarmos que eles também são responsáveis por essa disseminação, pela costura, busca e parceria com agenciamentos e composições no território. As oficinas narrativas são, nesse momento, mais um dispositivo de apoio e protagonismo dos processos de trabalho; conseqüentemente, tornam-se uma ferramenta de avaliação composta com os próprios trabalhadores. Com a experimentação narrativa conectamos elaborações e sentidos, que nesse momento foram reconhecidos como possibilidades de articulação e práticas entre serviços, por exemplo.

Frente à complexidade, é preciso tatear, permear e construir uma entrada: “todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas” (ROLNIK, 1989, p. 2). Desse modo, como criar uma entrada cujos caminhos que direcionem as saídas sejam feitos com e de cuidado? Debruçando-nos sobre essa problemática, conduzimos as três primeiras oficinas narrativas com trabalhadores acerca do questionamento “**como o cuidado se expressa a partir de uma prática inventiva e criativa de território?**”, que só pôde ser formulado a partir da experiência *com* o grupo.

Operar o território *ethos* para criar um dispositivo narrativo de cuidado tem como um dos objetivos principais instrumentalizar uma intervenção institucional que auxilie na produção de saúde de maneira colaborativa. Pensar uma intervenção institucional e não instituída é alcançar experiências de ramificação, expansões de si e desdobramentos subjetivos que se conectam a uma postura rizomática e muito menos normalizadora.

Para a produção de saúde (quando seu sentido é tomado como público), é imprescindível prezar pela cogestão no tratamento e, conseqüentemente, pela ampliação dos sujeitos de direitos, reconhecendo os usuários de saúde mental como pessoas que podem habitar cada vez mais espaços enquanto experimentação na atenção psicossocial. Ou seja, não há possibilidade de cuidado sem território (e tal habitação/experimentação territorial não será alcançada sem o usuário). Nesse momento, passa a não fazer sentido eximir os usuários desse

trabalho. Os autores Tedesco, Sade e Caliman (2013) citam Vermersch (2000) para dizerem que isso seria acompanhar a experiência na fala e não a fala sobre uma experiência.

Para a condução das oficinas narrativas com os trabalhadores, necessitaríamos de apoio para escrita, análise e manejo das discussões. Nesse sentido, optamos por convidar usuários de saúde mental que são escritores e redatores do *Jornal da Gente* (projeto de extensão conduzido pela professora Adriana Leão). Esse projeto leva informação para a população sobre questões de saúde mental, medicalização, exclusão e estigmatização da loucura, tratando esses temas em uma perspectiva político-clínica e social. Participei como estagiária com esses usuários na construção da quarta edição do jornal e pude acompanhar a metodologia que eles utilizavam para a confecção, organização e escrita coletiva do texto, até a publicação do material. Os usuários escritores aceitam colaborar com as oficinas narrativas por terem experiência no manejo de escritas coletivas, edição de textos, e temas que dizem respeito à saúde mental.

Sustentar práticas que visam garantir o avanço da RPB é, dentre muitas coisas, revolucionar a produção de saúde e cuidado, pois o usuário corresponsável potencializa e modifica o próprio trabalho na rede de atenção psicossocial quando se estabelece uma relação de parceria entre ambos. Tal abertura possibilita que o trabalho seja compartilhado *com* o usuário, e a aposta é que esse modo de cuidar potencialize cotidianos, pois abre caminho para um novo e profundo tipo de cuidado: o cuidado transpessoal. Uma relação de cuidado, quando beneficia quem cuida e quem recebe cuidados, estende-se para a natureza e o universo (SILVA et al., 2000).

Apostamos que o desdobramento do cuidado territorial não exime os trabalhadores, e nesse sentido a metodologia da pesquisa-intervenção participativa propõe estar ao lado deles, visando potencializar a referida estratégia de desinstitucionalização através do espaço de escuta e experimentação.

A produção textual das narrativas ocorreu em quatro encontros. No primeiro, houve a apresentação da proposta afluyente de pesquisa, além da atividade de habitação na qual foi solicitado ao grupo expressar, através de desenhos, colagens ou escrita, o que para os participantes significava cuidado territorial ou cuidado no território; representar os serviços aos quais estaríamos vinculados e nos localizar nessa configuração, além da leitura do material com as falas dos trabalhadores provenientes dos grupos focais descritos na página 95.

A partir das representações dispostas no papel (nomeado como território coletivo) que cobria maior parte da sala, abrimos debates e discussões sobre alguns sentidos do que vem a ser “cuidado territorial”, o significado disso para a reforma psiquiátrica, práticas em saúde mental e experiências com a loucura. Pontuamos algumas dessas discussões em nosso próprio traçado coletivo, o papel.

No segundo encontro ou Grupo Narrativo (GN), foi levado impresso, para cada participante, um esboço prévio de escrita, com as considerações e conteúdos pontuados na oficina anterior, e foi sugerido que pudesse haver intervenção de todos. Lemos o material de forma compartilhada e os participantes nesse momento puderam modificar a estrutura da narrativa, acrescentando, retirando, modulando as frases, a fim de que elas tomassem forma de texto. A cada modificação textual, havia também a abertura para o debate e a ampliação das discussões sobre aqueles temas previamente tratados. Os assuntos eram devolvidos, ampliados, ao passo que desencadeavam conseqüentemente outros temas de interesse. Todos os encontros foram gravados em áudio, e recorriamos às gravações a fim de retomar questões que compunham as narrativas.

O texto foi, dessa forma, tomando volume e delimitações. A estratégia de escrita coletiva através dos Grupos Narrativos seguiu o mesmo formato até o terceiro encontro, ou seja, foram retomadas as construções anteriores e partimos delas para formular novas discussões. No quarto encontro, apresentamos a narrativa produzida por todos, já contendo as sugestões de modificação e revisão.

Participaram, ao longo das 4 (quatro) oficinas, um total de 3 (três) pesquisadores acadêmicos, 5 (cinco) pesquisadores-trabalhadores e 2 (dois) usuários-colaboradores.

Optamos por manter a narrativa em sua completude, tendo em vista que o contrário poderia fragmentar uma construção coletiva. Esse foi um modo de valorizar cada parágrafo, cada construção de frase, feito e refeito por todos os participantes. Mantivemos o texto proveniente das discussões coletivas; nesse sentido, qualquer análise ou comentário será posteriormente acrescido ou estará disposto em notas de rodapé.

### **Por uma política da narratividade**

Com a proposta das oficinas narrativas, intencionalmente trabalhamos para criar uma experiência pautada na política de escrita como dispositivo de intervenção. Como disparador, utilizamos o sentido de território, que parecia sequenciar de forma afluyente (ou seja, criando e

habitando outro caminho) as discussões iniciadas nos grupos focais. Havia interesse sobre como os próprios trabalhadores reconheciam o território e qual o sentido dele para essas pessoas. De modo a levantar questões e nem sempre solucioná-las, a política da narrativa foi utilizada como estratégia metodológica para acompanhar as pequenas histórias, os acontecimentos, os pormenores dos encontros cotidianos que se enunciavam enquanto fala, escrita, desenho, recorte e colagem, ou qualquer outra forma de expressão de sujeitos que confiaram a nós suas narrativas.

Pesquisar com essa escolha metodológica permite a criação de outras possibilidades existenciais e expansões de mundo; tendo em vista que a narrativa é a experiência do encontro, é possível “deixar-se guiar pela vontade das coisas, por suas resistências, aproveitando todas as oportunidades que elas concedem, deixar-se contrariar, deixar-se surpreender” (DESPRET, 2011, p. 2).

Reconhecemos a incompletude das experiências narradas e, por isso, elas passaram a ser infinitas. A tal fragmentação, a falta de complementos nas sequências entre parágrafos, por algumas vezes comporta outros possíveis começos e ressignificações, além de representar a porosidade desse percurso que se fez com outros.

A escolha da narrativa (*ethos* da pesquisa) serviu nesses encontros para corroborar com a lógica do cuidado, na medida em que possibilitou a partilha, a troca, a escuta, fomentou lateralidade e nossa própria reinvenção. A experiência de narrar histórias criou possibilidades para que nossas aspirações iniciais pudessem ser modificadas.

Com a leitura compartilhada das narrativas construídas nos encontros anteriores, algo se tornava potente. O contar e recontar das cenas trazidas pelos participantes dava, portanto, uma localização, afirmava um lugar; conforme nomeávamos os personagens, eles visualizavam suas falas, repensavam suas experiências e as reescreviam de outro modo. Com o grupo, nos poucos encontros em que nos reunimos, as pessoas estabeleceram vínculos, aproximações, para enfim narrarem suas experiências de vida.

As narrativas têm por função contar histórias feitas no recolhimento dos fragmentos comumente pouco enfatizados; “nesse caso, não se trata de uma repetição inócua do passado, mas algo do qual se tira consequências para o presente. O narrador estaria testemunhando a história do outro, oferecendo a escuta à narração das experiências (...) e levando adiante suas palavras” (FRANCO, 2016, p. 36).

A narrativa como uma ferramenta da estratégia GAM ajuda na criação e composição de territórios e aparece nesse contexto como expressão própria de cuidado com os trabalhadores e suas práticas.

Atraso pontual

Poucos dias antes de realizarmos a oficina narrativa, sou convidada por Janaína Mariano a participar do grupo de pesquisa-apoio com trabalhadores da rede de saúde mental condutores dos grupos GAM nos CAPS da Grande Vitória.

Saio do presídio (localizado a 40 km da universidade), consigo uma carona com a moça das marmitas até o terminal de ônibus de Campo Grande, corro para entrar no transcol<sup>23</sup> lotado, venho em pé como de costume. Preciso antes pagar contas. Fico presa na porta giratória pelo detector de metais do banco, com três bolsas. Noto que nunca conseguiria retirar tudo de metal que havia em todas elas. Soluciono deixando-as do lado de fora. Não deu tempo de comer. Passos apressados para não me atrasar. Gostaria de ter boa impressão, afinal, era dia de me aproximar, ouvir os trabalhadores e fazer o convite para que eles(as) pudessem participar da oficina na semana seguinte. Mas, naquela altura, estava transpirando, visivelmente cansada. Meia hora de atraso foi essencial para entrar daquele modo, e ser capturada por aquela discussão. Vem-me Paulo Leminski com o atraso pontual:

Ontens e hojes, amores e ódio,  
 adianta consultar o relógio?  
 Nada poderia ter sido feito,  
 a não ser no tempo em que foi lógico.  
 Ninguém nunca chegou atrasado.  
 Bênçãos e desgraças  
 Vêm sempre no horário.  
 Tudo o mais é plágio.  
 Acaso é este encontro  
 entre o tempo e o espaço  
 mais do que um sonho que eu conto  
 ou mais um poema que faço?

Eram quatro trabalhadoras da RAPS condutoras da GAM, eu, a professora Janaína, as alunas de Iniciação Científica e mestrado. Das trabalhadoras da RAPS, uma era técnica de enfermagem, a outra assistente social, uma professora de educação física e também havia uma médica. Todas trabalham em um CAPS, e nesse dia narravam experiências, em

---

<sup>23</sup> Transportes coletivos intermunicipais da Grande Vitória.

tom que deixava transparecer certa revolta e dificuldade, mas não só. Há tantas formas de expressão, linguagem e modos de dizer que não se pode transpor ao papel... Foi interessante estar ali e nesse momento ouvir como cada trabalhadora se posicionava em relação a assuntos da rede, ou a ausência dela. Discutiam, entre muitas outras coisas, sobre a cronicidade do uso de psicofármacos pelos usuários de saúde mental, e como trabalhar isso quando o usuário questiona: eu vou tomar todos esses remédios até quando? Mas, fulano: sabe a medicação de hipertensão que um hipertenso precisa utilizar por toda vida? Um diabético também precisará usar insulina para sempre. Ao mesmo tempo, uma trabalhadora abre a possibilidade de questionamento para essa comparação e as práticas de respostas que se constituem no CAPS, afinal, a medicação psiquiátrica possui uma especificidade marcada, que gira em torno de preconceito, estigma. Um insulino dependente não é estigmatizado por fazer uso de insulina, pois ele é "normal".

E se esse usuário de psicotrópicos decide prosseguir seu tratamento no CAPS, mas se recusa usar medicação? Esse tratamento lhe será negado? Só permanece no CAPS o usuário que está medicado? E sobre o tratamento no CAPS, porque ainda a utilização da medicação é tão priorizada? Lá nesse CAPS parece ter uma usuária que não utiliza nenhum tipo de psicofármacos. Essa mulher aprendeu um novo modo de se observar, de sentir e conviver com suas vozes: conversando com elas. Ela usa fones de ouvidos para andar na rua e não parecer estar falando sozinha. Pede para as vozes um tempo, diz que agora, nesse momento, precisa de espaço. Há uma negociação com as vozes, porque essas fazem parte dela. Essa usuária parece ter encontrado um caminho para seu tratamento. No entanto, sua decisão de não fazer uso de medicação causou mobilizações múltiplas na equipe. Esse posicionamento teve de ser manejado, negociado. Felizmente o espaço de tratamento dessa usuária pôde ser garantido.

Nesse encontro, muito foi dito sobre medicação: medicação em interface com cuidado; práticas medicamentosas e negociação; efeitos colaterais; cronicidade; quantidade e a inserção de novas medicações no tratamento para esses usuários.

Compartilhamos algumas horas de experiências, preocupações, formas de manejo com o paciente em crise. Por fim, após aproximações e afetos, convido essas trabalhadoras a participarem da oficina narrativa que ocorrerá na semana seguinte. Elas dizem da dificuldade de estarem presentes por conta da nova configuração e regime de trabalho que lhes vem sendo, em certa medida, imposto. Tem sido difícil se ausentar dos serviços, pois, além da grande demanda de trabalho, agora há de se "pagar" esse dia de trabalho. Aconselham-me encaminhar um e-mail para gerência de saúde do município solicitando a liberação profissional. Assim o faço. Sinto que essa é uma nova forma de convidar, pois é depois de estar junto, de sentar-me ao lado, acolher as dificuldades relatadas, que essas

passam a ser compartilhadas. As dificuldades e realidades dessas trabalhadoras levadas para as oficinas já estão atravessadas, portanto, em um novo corpo pesquisador.<sup>24</sup>

## PRIMEIRA OFICINA NARRATIVA

“Revele o que quase ninguém vê...”.



Figura 5: Sala da oficina narrativa (LABIOS, Laboratório de Afetos e Biopolítica, localizada no prédio Wallace Corradi da Universidade Federal do Espírito Santo).

A escolha da sala para disparar a experiência narrativa com os trabalhadores pretendia, entre muitas outras coisas, aproximar profissionais, usuários e desse modo, fomentar a lateralidade desses corpos. No entanto, a primeira reação dos trabalhadores ao se depararem com essa configuração de espaço foi a de estranheza: aqui mesmo que será o encontro? Nossa! Outras disseram que acharam legal, pois ao menos trouxe descanso após uma semana cansativa de trabalho. A sala em si já teria sido então um dos elementos fundamentais da intervenção, no sentido que disparou pontos de vista, observações, deslocamentos e comentários. O espaço mobilizou e fez emergir expressões, posteriormente.

Com três pesquisadoras trabalhadoras, dois colaboradores usuários e três pesquisadores acadêmicos, iniciamos a primeira oficina narrativa. Foi proposto, ao início, que todos se apresentassem ao papel estirado no chão que encobria a sala, ou seja, ao invés do modo convencional de cada pessoa dizer o nome ao início do grupo, essa apresentação aconteceria ao: 1) desenhar ou representar os serviços os quais estamos

<sup>24</sup> Essa narrativa foi lida e reescrita com o grupo de pesquisa-apoio em dois dos encontros subsequentes.

vinculados; 2) representar visualmente o que está ao redor desses serviços; 3) nos localizarmos nesses serviços; e 4) em uma imagem, representar o que significa: cuidar no território ou cuidado territorial.

É pontuado aos trabalhadores e usuários que esse papel será, então, nosso território e com ele podemos habitar, pactuar, construir alianças, e como forma de construirmo-nos com ele precisaríamos nos apresentar primeiramente, assim como em qualquer outro encontro.

Ao passo que os desenhos tomavam forma, evidenciavam-se os serviços enquanto instituições físicas que ocuparam quase todo o papel. Instituições bem marcadas chamavam atenção por seus tamanhos e volume.

Elis (trabalhadora) questiona como poderia fazer para consertar o desenho da porta que havia feito: a representação era de uma porta fechada, mas essa trabalhadora gostaria de abri-la. Como abrir a porta de um serviço que já deveria ser "portas abertas"? Isso remete a falas dos trabalhadores nos grupos focais que diziam de montar "agenda para acolhimento", afinal a demanda é muito maior que o serviço pode suportar, e a equipe de profissionais é reduzida pelas precariedades, falta de concursos públicos e adoecimento dos trabalhadores que precisam se afastar do trabalho. Essas dificuldades foram novamente atualizadas nessas falas e desenhos. Com todos esses atravessamentos, como é possível manter ou sustentar esse serviço com as portas abertas?

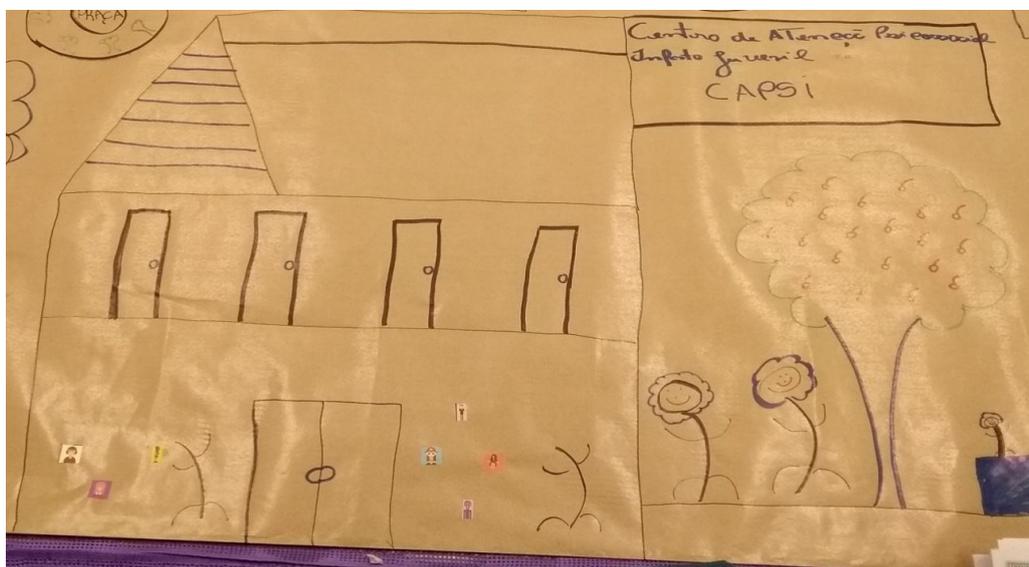


Figura 6: Portas fechadas

Coralina (trabalhadora) sentiu dificuldades em representar o significado de cuidado territorial em seu desenho, afinal a estrutura física do CAPS havia ocupado a maior parte do papel. Gostaríamos de perscrutar juntos sobre o significado de "não consegui desenhar a imagem do cuidado no território" em interface com o desenho das portas fechadas que Elis havia sinalizado.

Elis por sua vez descreve a estrutura física da instituição, e enfatiza novamente a porta de recepção do serviço que segundo ela, errou. Nos apresentou alguns importantes locais que auxiliam o desenvolvimento de atividades fora do CAPS, como os CRAS, praças, supermercados, padaria, CREAS, Unidades de Saúde e parques.

Cecília (trabalhadora) nos mostra o recorte de jornal que remeteu ao intuito dessa oficina, e esse dizia: **revele o que quase ninguém vê**. Ampliar os sentidos contribuindo para criação de territórios possíveis: revelar “o que quase ninguém vê” é nossa função enquanto trabalhador. Talvez revelar as práticas de território para dessa forma criarmos experiências com cuidado.

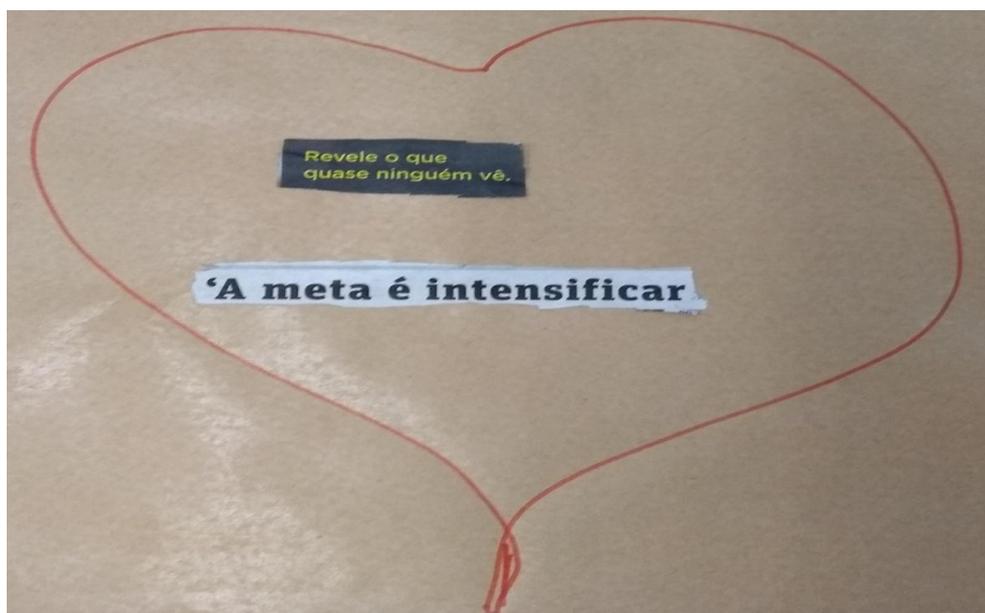


Figura 7: “Revele o que quase ninguém vê”

Nesse movimento de buscar pelo território, muitas vezes o próprio usuário consegue encontrar seu movimento de territorialização, que surge de coisas aparentemente simples. “Não tínhamos que inserir aquela usuária (exemplo) em várias atividades, mas o caminho para a autonomia foi o caminho que ela mesma encontrou com uma construção de território próprio”.

Os usuários colaboradores dessa oficina, Arcanjo e Manoel, prosseguem com a apresentação e descrevem seus serviços de referência: a unidade de saúde e as profissionais que conduzem o grupo nas quintas-feiras. As praias também são muito boas e participam desse processo terapêutico.

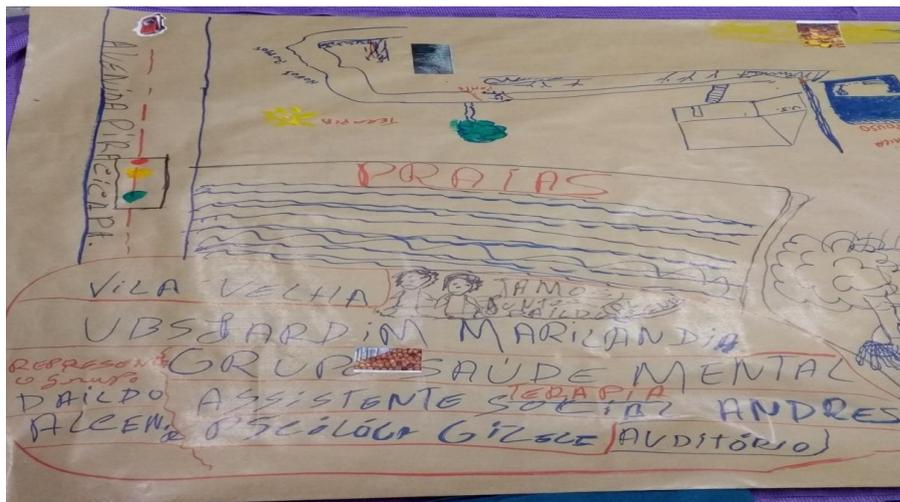


Figura 8: Espaços que auxiliam no processo terapêutico

A apresentação de Arcanjo e Manoel traz consigo a escrita como forma fundamental de tratamento e cuidado. Arcanjo apresenta um percurso de tratamento e terapias, que pousa na escrita. Seu voo escritor foi disposto pela colagem de um poema ao final que também é começo de seu tratamento.

O cuidado nesse caso acontece através da escrita, e havia sido esse o motivo de convidar tais usuários como colaboradores dessa oficina. Juntamente com a professora Adriana Leão, esses usuários são redatores e editores do *Jornal da Gente*. As edições desse jornal tratam de desestabilizar o estigma da loucura com a sociedade através de textos criados por eles e entrevistas realizadas com profissionais da saúde.

Apostamos que esses usuários pudessem auxiliar na intervenção, e assim eles o fizeram, além de terem apresentado a última edição do jornal ao grupo.

Além de jornal, Arcanjo também escreve livros. Seu primeiro livro, publicado em 2013, diz de sua experiência como ouvidor de vozes, e narra algumas de suas alucinações visuais. Arcanjo era motorista de ônibus e teve de ser afastado do trabalho quando viu bem na sua frente, um navio imenso se atravessar. "Eu vou morrer com esse problema, mas não desse problema e por isso resolvi escrever minha biografia. Dentro dessas vozes que eu escuto, eu resolvi escrever para elas." Suas experiências com a psicose são narradas em seu livro "*Aconteceu Assim*", que foi também apresentado ao grupo. Seu próximo livro já está em construção.



Figura 9: Aconteceu assim

Manoel narra sua experiência com o uso de medicações: “estamos aqui, cheios de haldol na cabeça, mas firmes e fortes” e essa força comparece em ato, em fala, todos a sentem. É importante para esse grupo poder contar com tamanha força. Não podemos ficar presos na Unidade de Saúde ou hospital, é importante passear nas praias, na cidade e isso melhora bastante, ajuda no tratamento.<sup>25</sup>

Foram apontadas algumas dificuldades e entraves, por exemplo, a falta de rede em alguns municípios. Lá estamos em uma luta por um CAPS transtorno, pois só temos o CAPS AD. Precisamos pensar na construção dessa RAPS e ampliação dos serviços, pois é nosso direito. Os municípios investem pouco na saúde mental, são apenas dois psiquiatras para cuidar de meio milhão de pessoas.

Cecília traz a dificuldade de ter apenas um CAPS AD para dar conta de todo o município. Segundo ela, este possui por volta de 500 mil habitantes e a recomendação é que haja 1 CAPS para cada 70 mil habitantes. Afinal, quando a gente é um só, somos centralizados e sobrecarregados. Outro ponto a ser levado em consideração é o processo de terceirização dos serviços que não permite a continuidade dos profissionais, além de faltar tudo, falta também uma gestão presente. Hoje está muito fragilizado e, diante desse cenário de falta e precariedades, como continuar assegurando um trabalho que toma como base o vínculo, com intensidade, vontade e apoio? O processo é fragmentado, mas o trabalho precisa ser feito em equipe. Por exemplo, se falta sala para atendimento, deixamos de atender? Se falta o psiquiatra ou a psicóloga, nada pode ser feito? A rede tem seus limites, mas qual é o nosso lugar?<sup>26</sup> Não podemos tomar as queixas paralisantes, mas fortalecer as práticas interessantes.

Esse trabalho de disponibilizar-se à criação de territórios pode estar sendo prejudicado pelo adoecimento dos próprios trabalhadores, Elis pontua. Como cuidar do trabalhador que cuida?

<sup>25</sup> Ainda associamos em alguns momentos o cuidado no território como aquilo que ocorre fora dos equipamentos de saúde; no entanto, isso diz menos de uma separação e mais de uma abertura e mistura entre serviços de saúde e outros elementos disponíveis que auxiliam na promoção de cuidado.

<sup>26</sup> Qual o lugar do CAPS ou de outros serviços da RAPS no processo de produção de cuidado?

Sobre essa questão do adoecimento, nosso trabalho realmente demanda uma atuação mais coletiva e conjunta. Nós já vivemos um tempo em que podíamos fazer esse trabalho cogestor. Hoje, por conta dessas dificuldades, isso traz muita angústia, sofrimento e adoecimento para nós. Atualmente vivemos sob um conjunto de regras e controles hierárquicos que não deixam a gente agenciar o processo. Isso tem adoecido os trabalhadores, as pessoas estão desanimadas. Antes era com muita força, muita vontade que o trabalho era feito. Hoje só mesmo um encontro assim para nos ajudar um pouco.

Essa oficina pretende ser um espaço criado para construções e habitações coletivas. Nós aqui podemos não ter todos os trabalhadores, mas temos alguns, o suficiente! Os trabalhadores que participaram dos grupos focais, que ocupam os encontros mensais aqui na UFES: e como esse espaço é potente! Vocês estão buscando cuidado e a universidade está junto nesse processo.

Arcanjo e Manoel concluem o primeiro encontro trazendo a própria experiência de autonomia para cuidado e trabalho: "nós montamos um grupo de usuários em saúde mental que não tinha psicólogo nem assistente social para conduzir, quem conduzia éramos nós mesmos, na igreja, na praça, fazendo caminhada, um cuidando do outro."



Figura 10: O território em construção

## **Considerações sobre a primeira oficina narrativa**

### **O CAPS como serviço de portas abertas**

O que significa o CAPS ser um serviço de portas abertas? Segundo o Ministério da Saúde (2015a, p. 9–13), o CAPS, em suas diferentes modalidades, é um ponto de atenção estratégica da RAPS. Um serviço de saúde aberto e comunitário que conta com uma equipe multiprofissional e atua sob a ótica interdisciplinar realizando prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas em sua área territorial, seja nos episódios de crise ou reabilitação psicossocial.

Além disso, os cuidados no CAPS são exercidos em um ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades/bairros, com base no desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que leva em consideração a história do sujeito e a articulação com família e outros pontos da rede, e que permite o processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2015a), ao serviço de portas abertas é designado o acolhimento inicial por demanda espontânea ou referenciada, que consiste na escuta qualificada e busca pela construção de vínculo terapêutico, elaboração de demandas e/ou responsabilização no acesso a outros serviços, se necessário. Após o acolhimento inicial, tendo em vista a necessidade de continuidade do tratamento, são oferecidos: atendimentos individuais com profissionais, a partir da elaboração de um PTS; atenção a situações de crise; atendimentos em grupo, familiares, domiciliares; ações de reabilitação psicossocial, promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo do usuário e familiar; ações de articulação em rede; matriciamento; redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico; apoio ao serviço residencial de caráter provisório, além de muitas outras ações realizadas no cotidiano.

### **Sobrecarga de trabalho, sucateamento do SUS e falta de investimento na saúde mental dificulta a construção de redes territoriais**

Os trabalhadores apontam dificuldades em manter o serviço de portas abertas, tendo em vista que a demanda do serviço é maior do que se pode suportar. Em pesquisas posteriores, alguns levantamentos talvez mereçam destaque: segundo dados do Ministério da Saúde do ano de 2015, o Espírito Santo era, até 2014, um dos três estados (os outros sendo

Rondônia e Mato Grosso) que ainda não possuíam serviços 24h (CAPS III ou CAPSad III) habilitados (BRASIL, 2015b). Além disso, também segundo dados do Ministério da Saúde (2015b), o Espírito Santo nesse ano era o estado da região sudeste com a menor cobertura de CAPS habilitado por município elegível. Ao todo eram 73 municípios, sendo 43 elegíveis para CAPS, e apenas 18 deles no ano de 2015 possuíam esse tipo de serviço. Isso correspondia a 37% de cobertura CAPS nos municípios elegíveis, ficando atrás somente de alguns municípios da região Norte do Brasil.

As próximas considerações foram baseadas em levantamentos de dados feitos pelo grupo de pesquisa “Políticas Públicas e práticas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial” e retratados no relatório técnico entregue à FAPES<sup>27</sup> no ano de 2017, intitulado “Processo de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial da Grande Vitória: os caminhos e os impasses na produção do cuidado em Saúde Mental”, como produto da pesquisa que esteve baseada na condução dos grupos focais. É importante observar que a esquematização da rede nesses municípios pode ter sofrido alterações, tendo em vista que esses dados foram recolhidos até o ano de 2017.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental orienta que os leitos hospitalares psiquiátricos sejam localizados em Hospitais Gerais, regulamentados pela Portaria MS/GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que estabelece o parâmetro de 1 (um) leito para cada 23 (vinte e três) mil habitantes. Assim, a Região Metropolitana — incluindo a Grande Vitória — precisaria de mais de 90 (noventa) leitos para assisti-la. Nessa modalidade, a Região conta apenas com 4 (quatro) leitos para adultos.

Existem ainda 50 (cinquenta) leitos psiquiátricos para adultos no Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), localizado no município de Cariacica. O HEAC também é o único pronto-socorro de referência para a saúde mental na Região, atendendo também as Regiões Norte e Central.

Um “nó” ou ponto de entrave na RAPS na Região e no estado do Espírito Santo diz respeito também à inexistência de leitos de saúde mental infantojuvenis ou porta de entrada para urgência e emergência de saúde mental infantojuvenil.

---

<sup>27</sup> FAPES: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo.

## 1) Vitória

Segundo os dados dispostos no Plano Municipal de Saúde traçado entre os anos de 2014 e 2017, Vitória, capital do estado do Espírito Santo, é uma das cidades mais antigas do Brasil, e em sua divisão política e econômica integra, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Viana, Vila Velha, Fundão e Guarapari, a Região Metropolitana da Grande Vitória, composta por 1.687.704 habitantes. Como panorama geral da cidade de Vitória, o município possui 98.194 km<sup>2</sup> de extensão territorial e uma população estimada em 333.162 habitantes, para o ano de 2012, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Em relação à RAPS, a cidade de Vitória, no ano de 2017, contava com alguns aparelhos e unidades que a estruturam. Entre eles:

- CAPS AD III
- CAPS III São Pedro
- CAPS II Ilha de Santa Maria
- CAPSi

É importante ressaltar que, além dos CAPS, a rede de saúde mental conta também com 29 (vinte e nove) UBS. Destas, 23 (vinte e três) estão organizadas com a Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 78 (setenta e oito) equipes de Saúde da Família/ESF, sendo 56 (cinquenta e seis) com Saúde Bucal, 03 (três) UBS com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (totalizando 4 equipes), e 04 UBS sem ESF/EACS.

O município possui, ainda: 02 (dois) Pronto Atendimentos; 08 (oito) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); 01 (um) Centro Municipal de Especialidades com atendimento em psiquiatria (dentre outras especialidades); 01 (um) Serviço Residencial Terapêutico (SRT) municipal (Convênio firmado com a Instituição Adventista de Educação e Assistência Social Este Brasileira, a ADRA) e 02 (dois) SRT de gestão estadual (administrados por meio de Termo de Parceria com o Instituto Vida e Saúde (INVISA)<sup>28</sup>); 02 (duas) Equipes de Consultório na Rua, uma vinculada à UBS de Andorinhas para atendimento das Regiões Continental, Forte São João e Maruípe, e outra vinculada à UBS Vitória para atendimento das Regiões Centro, Santo Antônio e São Pedro.

---

<sup>28</sup> Organização de Saúde (OS) que possui parceria com o estado do Espírito Santo e atualmente administra os serviços de Residências Terapêuticas e os serviços de saúde prestados em todas as Unidades Prisionais.

## 2) Serra

O Município da Serra, por sua vez, está localizado no estado do Espírito Santo, no sudeste do Brasil, e possui uma área de 551.687 km<sup>2</sup>, sendo o mais extenso dos municípios que compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória. Em julho de 2013, a população estimada desse município já chegava a 467.318 habitantes, representando um crescimento populacional de 4,52% em relação a 2010. Assim, Serra torna-se também o município mais populoso do Estado.

No ano de 2017 a rede de Saúde Mental era constituída por 03 (três) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

- CAPS II Mestre Álvaro
- CAPS AD Laranjeiras
- CAPSi Morada de Laranjeiras

Além disso, os moradores da Serra podiam contar com 6 (seis) Unidades Regionais de Saúde (URS) que realizam, além dos atendimentos básicos, atendimentos de serviço social, psicologia, endocrinologia, dermatologia, infectologia, odontologia e pequenas cirurgias. As equipes atendem demanda espontânea, pela rede de saúde, e intersetorial. O atendimento é agendado.

As URS estavam distribuídas em:

- Região I: Serra Sede – Equipe Serra Sede
- Região II: CIVIT – Equipe Serra Dourada II
- Região III: Laranjeiras – Equipe Feu Rosa, Serra Dourada, Novo Horizonte, Boa Vista
- Região IV: Carapina – Equipe Boa Vista
- Região V: Novo Horizonte – Equipe Novo Horizonte
- Região VI: Castelândia – Equipe Feu Rosa

Além das URS, existem mais 30 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) distribuídas em diversos bairros que compõem o município da Serra. Há também 01 (um) Centro de Referência Ambulatorial (AMES); 02 Unidades de Pronto Atendimento Adulto e Infantil (UPA 24h); 01 (uma) equipe de Consultório de Rua; e 03 (três) SRT de gestão estadual (administradas por meio de Termo de Parceria com o INVISA).

### 3) Cariacica

O município de Cariacica possui 279.859 km<sup>2</sup> de extensão territorial e uma população estimada em 384.621 mil habitantes, para o ano de 2016, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No ano de 2017, o município contava com 02 (dois) CAPS de gestão estadual em seu território:

- CAPS II Cidade (atua dentro do Núcleo Regional de Especialidades)
- CAPS II Moxuara (anexo ao HEAC)

Além desses equipamentos, algumas UBS contam com equipes de referência em saúde mental:

- UBS Cariacica Sede
- UBS Itaquari
- UBS Bela
- UBS Jardim América: conta com profissionais de psiquiatria, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Realiza atendimentos a usuários de álcool e drogas, através do Programa Municipal de Álcool e outras Drogas (PROMAD)
- UBS Santa Fé: atendimento em saúde mental infantojuvenil

Essas equipes dividem-se em 12 (doze) regiões com áreas de abrangência definidas:

- Região 1: US Porto de Santana
- Região 2: US Campo Verde
- Região 3: US Oriente
- Região 4: US Morada de Santa Fé
- Região 5: US Itaquari
- Região 6: US Bela Aurora
- Região 7: US Jardim Botânico
- Região 8: Nova Rosa da Penha II
- Região 9: US Cariacica Sede
- Região 10: US Mucuri
- Região 11: US Itapemirim
- Região 12: US Santa Bárbara

O município de Cariacica conta, ainda, com 10 (dez) SRT, todos de gestão estadual, administrados pelo INVISA; além do Centro de Saúde de Jardim América e a USF Dalmacia Pestana de Almeida Itaquari.

#### 4) Vila Velha

Em relação à cobertura de equipamentos em saúde mental, a cidade de Vila Velha possui uma grande defasagem em relação às demais, tendo em vista a proporção entre população *versus* quantidade de equipamentos disponíveis de acolhimento e atenção em saúde mental. Vila Velha é a cidade mais antiga do Estado do Espírito Santo, com 478 anos desde sua fundação. Possui características urbanas, com extensão territorial de 210.067 km<sup>2</sup> e uma população estimada, para o ano de 2012, em 424.948 habitantes, com uma densidade demográfica de 1.984,58 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A RAPS no município está muito aquém dos parâmetros populacionais estabelecidos nas portarias ministeriais, e no ano de 2017 o município contava com apenas 01 (um) CAPS, na modalidade Álcool e Drogas (CAPS AD). Conta com equipes psicossociais para atender às 18 (dezoito) UBS do município e 01 (uma) equipe de Consultório na Rua. Além disso, possui 03 (três) SRT de gestão estadual, administrados pelo INVISA.

Com o baixo investimento na saúde mental, o estado do Espírito Santo ainda precisa fortalecer e ampliar a rede de saúde mental e atenção psicossocial, enquanto estratégia macro e micropolítica.

Os trabalhadores falaram nos grupos focais sobre montar agenda para acolhimento, tendo em vista a grande demanda da comunidade frente a um serviço que, muitas vezes, tem baixo quantitativo de profissionais devido à falta de concursos públicos, por exemplo. No entanto, isso vai contra a lógica de sustentação do CAPS como um serviço de portas abertas, que em teoria deveria a todos acolher inicialmente. Sem culpar os trabalhadores ou somente o estado pela falta de investimento público, de que maneira seria possível criar um modo de fortalecer redes transversais de cuidado? Utilizamos esse espaço das oficinas narrativas para pensarmos sobre cuidado em rede ou no território, que influencia direta ou indiretamente as práticas cotidianas de trabalho.

#### **É preciso cuidar das práticas de trabalho e dos trabalhadores**

Nesse espaço, reconhecemos que havia um interesse dos próprios participantes em fortalecer práticas de trabalho e que essas não estavam desvinculadas do cuidado que se pretende garantir. A discussão levantada nos grupos sobre o que se espera produzir na rede cotidiana de trabalho em saúde mental foi entendida nesse momento como cuidado territorial, que por sua vez é efeito de um processo de trabalho que também precisa ser cuidado. A

observação é a de que não há possibilidade de garanti-lo sem que haja, anteriormente, um acolhimento de tais processos, que esses sujeitos põem-se a desenvolver. Uma das consequências de debruçar-se sobre as práticas é entender, posteriormente, que os dois sentidos (cuidado do trabalhador e cuidado do usuário), não são distintos e sim complementares, que um não pode se desenvolver sem o outro, e que a interseção de ambos põe o território em evidência. O cuidado territorial surge prioritariamente como efeito do processo de trabalho.

## **SEGUNDA OFICINA NARRATIVA**

O esboço da primeira narrativa foi lido de maneira coletiva no segundo encontro e sugerimos que todos estivessem com canetas em mãos para que pudéssemos comentar, retirar, acrescentar ou até mesmo redistribuir as experiências trazidas.

O texto abaixo disposto, portanto, é produto de uma construção coletiva que tomou forma narrativa e textual nesse segundo encontro e, além disso, abriu possibilidades para outras discussões.

“Precisa ir além. Não pode parar aqui”

Ao final da leitura, algumas questões se atualizavam, por exemplo, nessa parte onde se fala de rede, que a rede não está consolidada, fico pensando que na lei, nas portarias, existe uma rede consolidada, uma organização, e quando vamos efetivar uma rede somos nós que construímos: “há certo avanço na consolidação da rede, no atual modelo de atenção à saúde mental”.

Apesar das leis e dos avanços em relação à política, ainda se identifica uma dificuldade em costurar redes. Elis diz que isso está diretamente ligado às precariedades dos serviços, e que precisamos deixar ainda mais evidente sobre essas no texto, principalmente em relação ao adoecimento dos trabalhadores da saúde mental.

Quantas possibilidades foram reduzidas para esses trabalhadores? Isso reflete no trabalho! Estamos em um período complicado mesmo, mas precisamos utilizar estratégias, alguns recursos para darmos conta. Cecília demonstra um reposicionamento nesse segundo encontro: está em um movimento de busca por estratégias. Precisamos construir um movimento para ficarmos mais resistentes e solidários com outros serviços e conseguirmos lidar com os processos, porque acabamos fazendo as mesmas coisas. E é muito importante contar com o outro, afinal, sozinhos não conseguimos fazer muitas coisas. Na minha equipe,

quando eu estou caindo tem alguém me levantando e quando alguém está caindo eu ajudo a levantar também, a gente consegue se sustentar ali.<sup>29</sup>

E o que essa construção de rede coletiva, com o apoio dos outros, tem a ver com território, ou melhor, com cuidado territorial?

O que significa rede de atenção e rede de cuidado? Percebemos essa rede de cuidado quando Arcanjo e Manoel trazem que eles mesmos constroem em uma ajuda mútua, quando vamos para praça, escolas, praias, em rodas de conversa como essa aqui. Quem demanda cuidado e quem cuida? De onde vem o cuidado? O profissional ajuda o usuário? O usuário ajuda o profissional? De que direção isso parte?

Será que esse movimento de busca por um espaço fora da instituição funciona somente para o usuário? Só com base no que eu li, será que esse movimento não é um modo possível de se afastar do adoecimento que a própria instituição produz? Talvez fosse uma saída possível. Um novo modo de vida. "Sair da instituição faz com que as pessoas respeitem mais a gente, porque passam a nos conhecer" (Manoel).

A todo tempo, a discussão desse grupo retoma a importância de ampliar a rede de apoio para desenvolver o trabalho com a atenção psicossocial. "É cuidando uns dos outros", "quando estou caindo alguém me levanta, me sustenta", que diz exatamente dessas alianças, desses serviços com que podemos contar. Quando desenvolvemos essas parcerias, o nosso trabalho também fica mais autônomo.

Esse trabalho não poderia ser desenvolvido se não contássemos com os usuários, com outros trabalhadores e pontos da rede. Por entre essa construção de território que precisamos desenvolver "com" o outro, de forma lateral. Quando Manoel pontua que os usuários também cuidam dos trabalhadores e vem o questionamento de qual lado vem esse cuidado: aí deixa de ter lado, é simplesmente produção de cuidado. É cuidar de todos os lados. Os trabalhadores também precisam de cuidado. Não é homogeneizar ou romper com os diferentes lugares entre trabalhadores e usuários, mas criar possibilidades comuns entre os diferentes. Afirmar que através do agenciamento entre os sujeitos, existe algo comum. Essa forma de cuidar passa a cuidar então de mim. Sem o usuário falando do próprio processo a gente não avança enquanto trabalhador, Cecília diz.

Temos que ter a potência de fazer essa articulação com cuidado e muitas vezes nós gostaríamos de estar lá com o usuário no território, mas somos impedidos, não podemos, porque o sistema nos joga sempre a esse lugar que nos reduz à instituição.<sup>30</sup> Cecília traz os modos instituídos pela gestão, que entende que os trabalhadores precisam ficar dentro dos CAPS cumprindo horários e que esse modelo traz consigo uma lógica hospitalar de cuidado.

---

<sup>29</sup> A leitura e as discussões parecem fomentar alguns reposicionamentos que facilitam a costura de redes de maneira coletiva e, principalmente, com o apoio do outro.

<sup>30</sup> Mais uma vez é pontuada a distinção entre CAPS (representado como instituição) e território, mesmo o CAPS sendo um serviço territorial.

Usuários e trabalhadores precisam passar a maior parte do tempo **encapsulados**, pois qualquer coisa fora disso não é reconhecido como trabalho, talvez por falta de sensibilidade ao que é desenvolvido na atenção psicossocial.

Sobre esse movimento de encapsularmos o cuidado, Elis angustiada sinaliza que “hoje, nós estamos trabalhando com o portão trancado de cadeado”. Apontamos então o seu desenho da semana passada, em que o CAPS aparece com as portas fechadas. Sua angústia frente a essa situação no momento de seu desenho parece se atualizar e nesse segundo encontro conseguimos compreender e trabalhar de forma coletiva, sobre o significado e relação entre as portas fechadas e o portão com cadeado.

Por dificuldades estruturais, do sistema, econômicas, e dificuldades da própria equipe em lidar com todas essas crises (inclusive a crise do usuário), os serviços do CAPS estão em um processo de fechamento em si? O fechamento do portão ocorreu mesmo contra a opinião de vários colegas. Houve uma decisão de outros e hoje nós trabalhamos com o portão trancado, isso porque temos um usuário de álcool e outras drogas, que vinha sendo acompanhado no CAPS e que começou a ter um movimento de enfrentamento com funcionários. Já ocorreram momentos muito piores e conseguimos contornar isso através da escuta, de uma proposta de uma atividade, de um acolhimento mesmo. Mas nesse caso a equipe desestabilizou e chegou ao extremo que foi a decisão de trancar o portão do CAPS. Esse menino não entra mais, não tem mais acesso ao serviço, e ele está sofrendo muito. Vejo que está faltando escuta para ele. Isso cria uma crise no serviço!

A crise é do rapaz, do trabalhador ou do serviço? Nós não conseguimos conduzir esse caso, porque a equipe também está em crise. Eu me sinto também fragilizada, porque não tenho o apoio do colega para cuidar dessa situação. Como sustentar o cuidado com a porta fechada? Como estão vocês lá dentro do serviço com essa porta fechada? Como está o rapaz que não pode mais entrar no serviço?

Na semana passada dizíamos da falta de comunicação entre os equipamentos e Elis hoje traz uma pouca disponibilidade (?) dentro do próprio serviço. E essa comunicação, a falta de referência do usuário aos serviços, e muitas vezes o não acolhimento, não está presente somente entre os serviços, mas também (intra)serviços. “E quando falta tudo, a gente precisa fazer a micropolítica” (Cecília).

O fechamento desse portão tem me angustiado muito, mas lá não tenho espaço de trabalhar isso. Estou tendo a oportunidade de trabalhar isso aqui. Precisamos fortalecer esse micromovimento. A vinda para esse espaço se dá enquanto representação do serviço e é preciso dar uma devolutiva para equipe, mas gostaríamos que toda equipe estivesse aqui, para ter esse suporte, um momento de reflexão e discussão como esse. Estar em contato com a academia e isso ajuda no desenvolvimento das dissertações e teses de vocês, cada vez mais com a gente, para dar esse *feedback* e analisarmos o processo juntos. Não gostaríamos que finalizasse aqui, precisamos desse percurso daqui para frente.

**Isso vai muito além. Não para aqui.**<sup>31</sup> “Nós gostamos desse grupo porque é muito importante ter um espaço desse aqui na UFES onde podemos aprender um com o outro.”<sup>32</sup>

Ao final desse encontro, ninguém “devolve” a narrativa impressa. Disseram que gostariam de ficar com ela, mesmo sendo a primeira versão, ainda não finalizada e cheia de “erros”. Talvez fosse melhor recolher e trazer uma versão mais completa na semana seguinte? Não, pois essa narrativa, ou a própria experimentação de escrita, nunca foi individual. Era sim, uma experiência que se criou enquanto linguagem, afetação e expressão através desse grupo, mas que também não se limita a esses integrantes simplesmente; vai além, não para aqui.

## **Considerações sobre a segunda oficina narrativa**

### **CAPS x Território (encapsular o cuidado)**

Por algumas vezes, os trabalhadores apontam e atualizam em suas narrativas uma separação entre o CAPS e o território. De fato, é preciso buscar por agenciamentos de ampliação territorial, costurar parcerias com elementos disponíveis fora do serviço; porém, o que significa o CAPS ser um serviço territorial?

Até aqui, entendemos por serviço territorial aquele que tem por finalidade a promoção do cuidado em liberdade, aberto a elementos da comunidade, de portas abertas, propício a agenciamentos de vida, com mundo.

No momento em que a trabalhadora fala sobre **encapsular** o cuidado, ou seja, restringir o cuidado somente à instituição, ela atualiza um modo de gestão municipal que atualmente vem sendo operacionalizado nesse serviço. Essa gestão entende que trabalho é aquilo que se desenvolve dentro do CAPS, e o que é feito no território não é considerado. Por exemplo: auxiliar o usuário em uma atividade da vida cotidiana, ou buscar com ele um curso, trabalho, participar das oficinas narrativas, entre outras estratégias, nada disso é levado em conta para essa gestão municipal. Nesse sentido, os trabalhadores precisam pagar/compensar por essas horas em trabalhos realizados posteriormente “dentro” do CAPS.

Isso aponta, entre muitas coisas, uma dificuldade e também um esforço dos trabalhadores que estiveram presentes nessas oficinas, nos grupos focais, em cursos de capacitação, e que realizam algum tipo de trabalho no território com os usuários. Sobretudo, a

<sup>31</sup> Movimento de ressonância da intervenção.

<sup>32</sup> O que esse espaço das oficinas tem proporcionado nesse momento delicado na política de saúde mental e que suscita a demanda de continuidade das discussões sobre o território?

participação foi um ato de resistência aos modos enrijecidos da gestão e, principalmente, um movimento de busca e construção de territórios.

Encapsular o cuidado no CAPS pode também estar ligado ao sentido de que o CAPS constitui um território de vínculo e identificação, a ponto do usuário não se interessar por outros serviços, por exemplo. O CAPS pode construir nesse espaço um processo de constituição do sujeito e isso diz de territorialização. Mas é preciso, ao mesmo tempo, fortalecer uma rede de vínculos e afetos, ou seja, sentir-se vinculado ao serviço para fortalecer o cuidado.

### **Ressignificação das portas fechadas**

Um movimento importante foi o de elaboração sobre o desenho realizado pela trabalhadora na primeira oficina, no qual ela representa as portas fechadas do serviço, demonstrando interesse em abri-las. No segundo encontro, a mesma traz a angústia diante da situação de estar trabalhando no CAPS com o portão trancado de cadeado para evitar a entrada de um usuário em crise e podemos relacionar a representação de seu desenho com a condição de funcionamento do serviço.

A mesma trabalhadora enfatiza a importância de poder contar com esse espaço de escuta das oficinas para trabalhar essa questão e buscar uma forma de ajudar o resto da equipe no manejo dessa situação. Talvez esse tenha sido um passo em direção à abertura do portão.

### **Movimento de ampliação do grupo**

No segundo encontro do grupo, surpreendentemente, já observávamos o início daquilo que denominamos contração de grupalidade. Havia um desejo em continuar os encontros, mesmo após a finalização dos 3 (três) primeiros pactuados. Os participantes narraram a importância desse espaço como lugar de escuta, acolhimento e resignificação. Retomar a narrativa, construir uma escrita coletiva, parecia facilitar a vivência com os discursos, e desse modo passávamos a refletir e fazer conexões. Os participantes se reconhecerem como grupo de pesquisa fica ainda mais evidente no terceiro encontro, com a encomenda: “precisamos ir além. Não podemos parar por aqui”.

## TERCEIRA OFICINA NARRATIVA

### Comunidade

Somos cinco amigos; uma vez saímos um atrás do outro de uma casa; primeiro veio um e pôs-se junto à entrada, depois veio, ou melhor dito, deslizou-se tão ligeiramente como se desliza uma bolinha de mercúrio, o segundo e se pôs não distante do primeiro, depois o terceiro, depois o quarto, depois o quinto. Finalmente, estávamos todos de pé, em uma linha. A gente fixou-se em nós e assinalando-nos, dizia: os cinco acabam de sair dessa casa. A partir dessa época vivemos juntos, e teríamos uma existência pacífica se um sexto não viesse sempre intrometer-se. Não nos faz nada, mas nos incomoda, o que já é bastante; porque se introduz por força ali onde não é querido? Não o conhecemos e não queremos aceitá-lo. Nós cinco tampouco nos conhecíamos antes e, se quer, tampouco nos conhecemos agora, mas aquilo que entre nós cinco é possível e tolerado, não é nem possível nem tolerado com respeito àquele sexto. Além do mais somos cinco e não queremos ser convivência permanente, se entre nós cinco tampouco tem sentido, mas nós estamos já juntos e continuamos juntos, mas não queremos uma nova união, exatamente em razão de nossas experiências. Mas, como ensinar tudo isto ao sexto, posto que longas explicações implicariam já em uma aceitação de nosso círculo? É preferível não explicar nada e não o aceitar. Por muito que franza os lábios, afastamo-lo, empurrando-o com o cotovelo, mas por mais que o façamos, volta outra vez.

(Franz Kafka)

Iniciamos a leitura da última narrativa do ano, ao passo que recebemos duas novas trabalhadoras no grupo. Uma delas questiona: “que grupo é esse?”, aqui que será o encontro dos trabalhadores? Mas esse não é o mesmo grupo que participo há dois anos (referenciando aos encontros do grupo de trabalhadores conduzido por outros pesquisadores do mesmo grupo de pesquisa ao qual ela está vinculada)...! Então não é aqui? Já que não é aqui, o que é isso?

Essa confusão entre os espaços dos grupos poderia acontecer, mas talvez não estivéssemos preparados para “explicar” assim, tão imediatamente ou simplistamente, que espaço é esse e o que fazemos por aqui. O sentido dessa intervenção, bem como o sentimento de pertencimento a esse espaço, parecia estar satisfatoriamente posto entre nós, até a chegada de um sexto, que foi propriamente um analisador. Em apenas dois encontros, sentíamos fazer parte de um grupo. E a resposta para a pergunta “que espaço é esse?” foi: aqui é nosso grupo de pesquisa! Cecília responde prontamente.

Em pouco tempo, esse se tornou nosso espaço de pesquisa. Ao tentar explicar, menor era a compreensão, talvez porque esse sentido ainda esteja em construção. Não sabemos muito bem pô-lo em palavras, mas o sentimos amplamente. Até mesmo como contorno para o questionamento, retomamos a leitura da narrativa do encontro anterior.

Sobre essa interlocução entre serviços e territórios que vocês estão dizendo nessa narrativa, eu já estive em um CAPS que era um ambiente completamente fechado e que eu pensava: “eu não gostaria de vir para cá”. Colocar os serviços nessas condições físicas é quase que dizer: se resume a isso aí. E como transpor essas barreiras físicas? Ofélia (trabalhadora) pontua que alguns usuários preferem continuar no serviço de internação a

voltarem para seus CAPS de referência (que são serviços em tese territoriais). Não cabe a nós envaidecer a internação, pelo contrário, fico triste com isso, pois lutamos para que a internação acabe. Esse é um de nossos objetivos! Mas reconhecemos que é difícil pensar nisso quando estamos em um estado com a sexta pior cobertura de CAPS do país, talvez por esse motivo a internação torne-se imprescindível. Quando vocês mostraram esse papel com as portas fechadas, me vem todas essas coisas à cabeça. Esse cuidado no território aqui ainda é um trabalho bem longo.

Sabe? Toda vez que lemos e relemos essas narrativas, refletimos sobre algo novo, Cecília diz. Quando nós somos convocados a pensar em ampliação, fico pensando nos espaços que posso me **agenciar** para evitar internação. Lá na minha equipe, com outros trabalhadores e usuários, podemos abrir esses espaços de conversa inicialmente e também com outros serviços. Nós temos condições de fazer esse movimento e cavar com os outros qual o melhor espaço e momento para isso, e com certeza esse é um estímulo para despertar essa preocupação/responsabilização com a atenção psicossocial. Essa responsabilização tem que ser com apoio.

É importante descentralizarmos a atenção e pactuarmos isso com os outros serviços, também para darmos esse suporte, referenciar. Temos esse espaço de discutir, contrarreferenciar juntos. Esses outros serviços, da atenção básica principalmente, e as próprias famílias, são potentes e são capazes de promover também o cuidado. Muitos dizem que não sabem, mas já cuidam.

O cuidado enquanto expressão territorial? Tem um exemplo bacana, de uma pessoa que não tem nenhum vínculo familiar com o usuário, ela é apenas do mesmo território, dona do restaurante próximo de onde ele mora, mas ela fornece alimentação, e a medicação já ficava com ela. Toda semana ela o acompanhava no Convento da Penha e isso era um movimento dele. Quando ela percebe que ele não está bem, nos aciona. Ela tomou para si essa questão do cuidado e, muitas vezes, a pessoa que acompanha o paciente no hospital não é familiar. A pessoa vai construindo essa ética do cuidado que nem ela mesma sabia que fazia. Construir o território também é isso, é proporcionar essa desinstitucionalização a partir do cuidado com a rede (a palavra é grande, porque o problema é grande). Essa penetração no território é um exercício de sutilezas, através de escuta, principalmente, Ofélia diz. E minha experiência me diz que sempre precisamos partir do usuário. Se vocês partem do usuário como metodologia, é quando ele mesmo vai te dando a diretriz, se está difícil, se aproxima dele.

Outra história é da vizinha de Arcanjo, que começou a apresentar sinais de que não estaria bem e foi internada. Isso foi bom para todo mundo, não é mesmo? Mas observando, não concordava com aquilo. Resolvi agir com aquele instinto de quem já passou por isso e por pouco não chegou lá. Quando ela estava em casa, ou tomava medicação demais ou não tomava, até que certo dia disse que não tomaria mais remédio

nenhum. Olha como as coisas funcionam... Eu disse para essa senhora: você lembra que já me ajudou e me carregou quando eu precisei? Então, agora eu já escrevi um livro! Eu estou bem porque não abandonei a terapia, eu saio sempre, circulo aqui pelo bairro e tomo meus medicamentos. Eu tomo a mesma medicação que a sua e no mesmo horário (ele havia dito isso para incentivá-la, mas de fato a medicação não era a mesma). Então vamos fazer assim: todo dia eu virei aqui e tomaremos juntos! Eu tomo com você! Eu fiz isso durante três dias, no quarto dia, atrasei 20 minutos, e ela estava no portão gritando: Arcanjo e nosso remédio? Não vamos tomar hoje não? Outro dia ela sumiu, se perdeu no bairro. Seu marido voltou dizendo que agora ela ficaria internada pelo menos 60 dias. Eu disse: vai não! Ela precisa é da medicação, de terapia e da família para não deixar internar.

Nesse sentido, o cuidado se expressa a partir de uma relação territorial na medida em que torna possível ampliar a autonomia desses sujeitos, bem como o exercício de seus direitos, práticas de cidadania, circulação dessas pessoas e ocupação dos espaços sociais. Tais experiências podem ser vivenciadas e se corporificarem enquanto cuidado emergente de expressões territoriais.

Maria, outra nova participante trabalhadora, diz que veio representando uma equipe multidisciplinar que não pôde comparecer. Maria é participante do grupo de apoio aos trabalhadores condutores do grupo GAM com a professora Janaína, e estava presente no convite para participar das oficinas narrativas. Com sorriso de boas-vindas, "é bom tê-la presente conosco", a aproximação com aquelas trabalhadoras teve o efeito de participação.

Maria nos dá notícias de um caso que havia acompanhado recentemente e que foi reencaminhado com um laudo médico dizendo que o usuário fulano de tal, com seus respectivos sintomas, **NECESSITA DE INTERNAÇÃO URGENTE**, em letras maiúsculas. Eu disse opa, esse é meu território! Eu matriciei recentemente, há duas semanas, e esse médico estava no matriciamento nesse dia. Eu enquanto trabalhadora devolveria isso para o território, **porque o território consegue trabalhar isso**.<sup>33</sup>

Perante a sustentação de sua firme postura, Maria recebe tal devolutiva: "um médico mandou internar, você quer que eu faça o quê?" Gente, vocês estão cansados de saber que internação é o último recurso! Uma pessoa assim precisa de mais escuta, talvez uma adequação de medicação, mas não internação compulsória.

Arcanjo nos traz sua experiência como alguém que por pouco não foi internado. Uniformizado, saía cedo todos os dias para trabalhar. No entanto, nesse dia se perdeu: não chegou ao trabalho, tampouco voltou para casa. Como estava uniformizado, um amigo o

---

<sup>33</sup> "O território consegue trabalhar isso" diz exatamente sobre a potência de cuidar ou produzir cuidado em meio a expressões territoriais. No grupo, ao longo das intervenções, acabamos por ressignificar o sentido de território. O território, enquanto cuidador, não é apenas resultado de cuidado desenvolvido no território, mas com e por ele. Os atravessamentos de força e emaranhado de relações próprios dos territórios existenciais cuidam, na medida em que se corporificam enquanto experiência.

encontrou e essa teria sido então a primeira vez que Arcanjo foi encaminhado ao hospital Aduino Botelho. Sua esposa, em um papo com o psiquiatra, fez este repensar a proposta de internação. Os três juntos decidiram que Arcanjo precisava de um espaço para tratamento, não de enclausuramento. Vamos fazer o seguinte? Vamos observar. Não vou nem abrir prontuário. Arcanjo vem, frequenta aqui a área do jardim, da convivência, mas pode ir embora quando quiser. No terceiro dia de idas ao hospital, Arcanjo não apresentava mais necessidade de internação, mas o recomendou caminhadas, ajuste na medicação. Ufa, foi por pouco. Se a esposa dissesse “vamos internar”, talvez estivesse internado até hoje.

Entendemos que sustentar uma rede para evitar internações é difícil, já que a rede é deficiente. Temos poucos psicólogos e assistentes sociais, mas podemos pegar nosso exemplo; quando sentávamos com esses profissionais, não os víamos como professores: sentávamos para trocar ideias. Mesmo quando não pudemos mais contar com os trabalhadores, esses grupos continuaram na igreja, na escola, porque na unidade de saúde não tinha espaço, e dessas nossas reuniões fazíamos relatórios; um dia você vai acabar sua pesquisa, mas isso aqui não pode parar. “Isso é muito bom! Porque o conhecimento está sendo produzido aqui. Essas narrativas que produzimos, é puro conhecimento”. Como é rica essa troca de experiências! Vocês percebem? Todos aqui compartilhando coisas importantes, pontos de vistas, concepções.

E quando retornaremos? Pactuamos então o próximo encontro para o dia 09 de março de 2018.

## **Considerações sobre a terceira oficina narrativa**

### **“Não pode parar aqui”**

O movimento de ampliação e expansão do grupo expressado nas falas dos participantes que as discussões sobre o cuidado no território não poderiam ser finalizadas com a intervenção, pode apontar a importância de ampliação dessa discussão no campo da saúde mental. É importante que se aposte nos espaços de debate e fortalecimento das práticas de trabalho, para que essas sejam desinstitucionalizantes, construídas com e pelo território. Além disso, que possam ser espaços colaborativos de apoio ao processo de trabalho.

A discussão do cuidado territorial não se limita aos espaços do grupo e no campo da saúde mental, deve ser constantemente atualizada a fim de impossibilitar o enrijecimento e a institucionalização do cuidado.

### **Uma rede rizomática e transversal para evitar interações**

O que dificulta o processo de trabalho na atenção psicossocial? O que tem despotencializado tais práticas? A partir de algumas pistas levantadas até aqui, parece que alguns processos de trabalho estão sendo, em alguma medida, também sequestrados. Toda precariedade — estrutural, econômica, política e de gestão — parece influenciar diretamente na possibilidade de tornar o território como uma ferramenta potente para desenvolvimento do cuidado e saúde.

Identifica-se que esses novos modos de intervenção e de práticas no campo da saúde mental contribuem com os trabalhadores na medida em que descentralizam o cuidado e ampliam possibilidades de articulação com o território. Nesse sentido, o cuidado que se pretende garantir, ou seja, a ampliação do território que visa evitar interações compulsórias, está intimamente ligado ao cuidado com as práticas de trabalho. O resultado desse encontro pesquisador-trabalhador-usuário-território, do qual emerge a narrativa, poderia ser representado pelo traçado de curvas sinuosas de experimentação.

Experimentar o traçar de linhas não retilíneas é o que permite flexibilidade, a partir dos inúmeros movimentos que constituem o trabalho entre serviços. Em “Mil Platôs”, Deleuze e Guattari (1995) apontam que “um agenciamento” é precisamente este crescimento das dimensões, numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela

aumenta suas conexões. Em um rizoma, não existem pontos ou posições como se encontra em uma estrutura, uma árvore, uma raiz. Existem somente linhas. Principalmente linhas de fuga, capazes de romper com a hierarquia dos saberes. Ao enunciar o conceito de rizoma, os autores nos propõem não mais um modo segmentado de construção, ou seja, uma estrutura que se fecha, tal como árvore, mas abrem a possibilidade de cada vez mais habitar os espaços de pesquisa como ervas daninhas, que atravessam, se agenciam, e se produzem meio ao território de experimentação.

Apostar em posturas rizomáticas no campo da saúde mental é possibilitar que o trabalho seja produtor de realidade e habitações existenciais possíveis, a fim de romper com a lógica do sequestro e de encarceramento. Dessa maneira, “o método na análise institucional não é só uma questão de procedimento, mas uma postura frente ao trabalho, ao outro, à vida (ROCHA, 2006, p. 170)”. Apostar em redes-rizomas que se ampliam e se fortalecem pode ser a principal estratégia para evitar a internação e os aprisionamentos de corpos, ao passo que sejam criadas experiências de (des)territorialização.

### **Pistas sobre o encontro com o terceiro território**

Apresentamos no terceiro encontro um território afluyente que, assim como o braço de um rio, sente a necessidade de abrir e percorrer por outros caminhos. A partir dos grupos focais, mais especificamente através da participação naqueles com a temática “desinstitucionalização”, surge o interesse em dar vazão à outra intervenção sobre práticas de cuidado com e pelo território, a fim de proporcionar apoio e reflexão sobre os nós da rede, a necessidade de internação para alguns casos, a separação entre território e serviço, entre outros apontamentos.

A escolha da universidade como local para desenvolver a intervenção planejada inicialmente em três encontros ocorre por esse ser um espaço existencialmente potencializador de discussões, ampliação de debates, elaboração de pesquisas, que contém em si a dimensão da desconstrução, produção de conhecimento e ressignificações. Essa pesquisa poderia ter sido realizada utilizando o próprio espaço do serviço, no entanto, optamos pela universidade, espaço que também nos remete à potência da produção de conhecimento, nesse caso sobre os processos de cuidado em saúde mental com os trabalhadores.

Nessa etapa da intervenção, houve a escolha metodológica em desenvolver uma prática de escrita coletiva ao trazer elementos da política da narratividade, o que, através de

discussões e disposições de palavras, mostrou ser um modo potente para a arte de um território próprio.

### **Pistas recolhidas ao caminho**

No andarilhar com essas três experiências, como o cuidado se expressou a partir de práticas inventivas e criativas de territórios? Nos encontros com a GAM no CAPS, GAM no presídio, e as oficinas narrativas com trabalhadores na UFES, foram mapeadas pistas que nos levaram à construção de práticas colaborativas com os processos de desinstitucionalização, cuidado territorial e reforma psiquiátrica.

A questão da produção ética de cuidado perpassa o território a partir dos processos de desinstitucionalização e busca, através de modos territoriais de cuidar, desestabilizar ou questionar as práticas micro e macro fascistas, os processos de higienização, aprisionamento e punição como forma principal de lidar com a loucura e marginalidade, por exemplo. O andarilhar pelos três territórios tentou conduzir formas de cuidado pelo território, de modo colaborativo e desinstitucionalizante.

Cada território com sua especificidade — o primeiro ocorre em uma instituição potencializadora do cuidado territorial, um dispositivo de portas abertas, substitutivo ao modelo manicomial, de acolhimento, que permite o engajamento do usuário no próprio tratamento; o segundo, em uma instituição fechada, punitiva, coercitiva e violenta, que reduz em muitos sentidos a probabilidade de produzir cuidado e na qual, no entanto, através das formas de manejo pela lateralidade e cogestão, pôde-se promover acolhimento ao sofrimento, espaço de escuta e conversa sobre novas formas de contato e reposicionamentos existenciais; e o terceiro território que, mais especificamente através da política da narratividade, propõe oficinas narrativas com os trabalhadores da rede de saúde mental para mapear sentidos de possibilidades sobre o cuidado territorial.

Nesses territórios, nos apropriamos de três posturas ou ferramentas de manejo da estratégia GAM — a lateralidade, a cogestão e as narrativas — a fim de articular possibilidades de cuidado com os usuários e trabalhadores e, desse modo, costurar ou conectar diversos sentidos sobre o cuidado territorial.

O primeiro território, GAM no CAPS, foi o que possibilitou um modo de escuta sensível, intervenção, manejo, uma postura, um *ethos* diante das vulnerabilidades produzidas pelos modos de exclusão, para posteriormente adentrarmos outros espaços.

No encontro com o primeiro campo, nos deparamos com usuários de saúde mental com diferentes níveis de comprometimento ou participação no próprio tratamento. Além disso, como a primeira postura metodológica sugere, a lateralidade pretendia pôr ao lado trabalhadores, usuários e pesquisadores em um processo transversal de comunicação. Esse pareceu ser o primeiro desafio. Seria necessário transversalizar as experiências, de forma a compor um modo possível de comunicação entre os diferentes sujeitos. O que não objetivava homogeneizar as experiências dos participantes, mas apostar na diferença enquanto possibilidade singular da intervenção.

Para disparar tal possibilidade de comunicação, inicialmente havia a centralização do manejo e condução dos grupos, na figura de um manejador. No entanto, sua função, seria exatamente a descentralização do manejo, de modo que todos os participantes pudessem também conduzir a intervenção. Ao compartilhamento e costura das falas por todos participantes, dá-se o nome de manejo cogestivo. A cogestão dos grupos é de fundamental importância para a condução dos grupos GAM, pois possibilita a experimentação e construção do conhecimento compartilhado.

A produção de um conhecimento compartilhado permite composição através das narrativas, que são fragmentos de experiências. Longe de serem transcrições íntegras de falas literais, as narrativas são expressões que ocorrem a partir do agenciamento com os sujeitos e desse modo, possibilitam a composição de algo que é comum ao grupo.

A partir da condução dos grupos GAM baseando-nos principalmente nessas três posturas metodológicas, pôde-se ampliar com esses sujeitos, possibilidades de acesso, participação, protagonismo e autonomia coletiva com esses sujeitos, ao compor e tecer redes ativas de cuidado em parcerias e expansões de si.

O grupo passa ser um ponto de apoio dos usuários, na medida em que esses podem pactuar passeios nos finais de semana, idas à praia, ao boliche, ao cinema, realizam visitas a outros usuários que estão internados. Os usuários negociam a medicação com o psiquiatra, solicitam acesso ao prontuário de saúde, ocupam espaços de fala na universidade, na prefeitura e na câmara municipal de vereadores. Solicitam mais visibilidade nas pautas da saúde municipal e questionam respostas sobre a falta de medicações psiquiátricas que na época faltavam na farmácia cidadã.

Observa-se que a produção de autonomia coletiva e protagonismo desses usuários inicia-se pela apropriação dos grupos GAM e posteriormente amplia-se a outros espaços sociais.

Os dois territórios subsequentes estiveram, portanto, atravessados pela prática GAM; mesmo com propostas e em contextos distintos, alguns objetivos se mantiveram. Um deles era possibilitar cuidado a partir da ampliação de territórios existenciais, e para isso tivemos de inventar uma prática com o território *ethos*.

A passagem de pesquisadora GAM no CAPS para a construção de uma prática profissional como psicóloga no contexto prisional foi, sobretudo, uma desconstrução. Diante dos vestígios de pesquisa que ficaram no corpo, foi necessário adaptar a prática GAM agora também como uma estratégia de trabalho. O contexto da pesquisa-intervenção participativa no CAPS objetivava principalmente o aumento de protagonismo diante do tratamento, bem como a ampliação da autonomia coletiva. A pesquisa inserida nesse contexto nos disponibilizou alguns elementos necessários para que tais objetivos pudessem ser garantidos. Por exemplo, as supervisões semanais na universidade, articulações com a rede de saúde e espaços públicos municipais, participação nas assembleias do CAPS, aproximação com os familiares, circulação pela cidade, passeios, entre tantas outras possibilidades.

No ambiente prisional, a postura de buscar por articulações com a rede de saúde, aproximação com os familiares e, além disso, a construção de uma prática de território como dispositivo de cuidado e produção de saúde, mantiveram-se presentes. No CAPS a experiência com o território muitas vezes nos permitiu habitação, circulação e apropriação aos espaços das ruas e extrapolavam os muros da instituição.

No entanto, com o trabalho no presídio, deveríamos levar em consideração as diferenças: a limitação de espaço, a impossibilidade de circulação até mesmo na própria unidade, os procedimentos padrões de andar com a cabeça baixa e seguindo a linha amarela tracejada no chão, o agente de segurança armado do outro lado do corredor e as práticas de repressão que atingem até mesmo os trabalhadores. O território nesse caso pôde ser existencial e levou em conta muitos analisadores e atravessamentos que dificultavam ainda mais as experiências de pertencimento e ampliação subjetiva. Os procedimentos da unidade prisional são para reprimir e disciplinar e, ao menos nos grupos, os corpos e os pensamentos poderiam desviar-se e expandir-se.

Nos dois campos onde a estratégia GAM esteve presente, foi mantido o interesse de produzir saúde e cuidado com as parcelas que viveram ou vivem experiências de aprisionamento, violência e preconceito, a partir do engajamento desses usuários em seus respectivos tratamentos.

No presídio, os usuários sinalizam a importância do grupo GAM e verbalizam que aqueles espaços para eles, era um espaço de cuidado, que tira a algema da mente. Quando será o próximo encontro? Estamos sentindo falta do grupo! No entanto, isso se tornou uma prática possível na medida em que há construção de vínculos com esses sujeitos. O vínculo e parcerias de confiança nesse território requer ainda mais atenção, pois aquele é um local *“onde não se pode confiar em ninguém”*. A expressão de vínculo se inicia ao retirar as algemas, ao sentarmos em roda de forma lateral, ao solicitar que o agente de segurança permaneça do lado de fora da sala. Inicia-se com a disponibilidade de escuta e cuidado, com implicação ao processo.

Trabalhar sob a ótica da desmedicalização no contexto do cárcere, trouxe efeitos importantes, como o de possibilitar a composição de novas formas de cuidado na instituição total. Nesse sentido, o grupo GAM também passa ser um importante ponto de apoio dos usuários e com ele permite-se a artesanaria de um território existencial próprio, para isso, houve a operacionalização das escritas coletivas, além de ser preservado o envolvimento dos usuários na cogestão dos grupos, e ampliação das discussões acerca dos direitos e deveres dos usuários aprisionados.

Ao encontro com a terceira experiência, inicialmente nos grupos focais o significado de território aparece em um contexto complexo, em que os trabalhadores relatam a importância da continuidade de internação psiquiátrica para alguns usuários, dizem dos nós da rede, da falta de rede em saúde mental na Grande Vitória, dos poucos elementos e recursos que se tem no território. Diante do recolhimento desses atravessamentos no processo de trabalho, é proposta outra intervenção, a qual foi denominada *“afluente de pesquisa”*, enquanto espaço de produção coletiva, acolhimento e resignificação sobre a prática de cuidado territorial.

Trabalhar com os princípios da política da narratividade, lateralidade e manejo cogestivo dos trabalhadores, usuários e pesquisadores, nesse momento, também foi uma postura atravessada pelo corpo pesquisador desenvolvido com a GAM, pois a escrita coletiva vinha sendo utilizada desde a graduação enquanto instrumento de intervenção para produção

de conhecimento de modo colaborativo com todos os participantes. Esse modo de narrar experiências e criar processos comuns com os diferentes sujeitos, que valoriza, sobretudo, a polifonia dos discursos, atualiza na fala e no compartilhamento novos modos de reflexão sobre a implicação com mundo, outras possibilidades de engajamento com a vida, o que afeta o próprio processo de produção em saúde.

No terceiro território, pela construção coletiva e compartilhada de conhecimento, apontamos pistas que podem influenciar o trabalho de acesso e construção do território. Os trabalhadores ainda nos grupos focais com a temática da desinstitucionalização apontavam práticas por vezes institucionalizantes e traziam a forte representatividade do HEAC como ponto central da rede. Observa-se presente na fala dos trabalhadores a lógica da internação; *“no território não tem nada para trabalhar”*, *“Somos contra a internação, mas não sei o que seria de algumas famílias sem o HEAC”*. A proposta das oficinas narrativas e afluentes de pesquisa seria exatamente a criação, composição e fortalecimento de um novo sentido de território pela política da narratividade.

Dentre algumas pistas apontadas, os trabalhadores diziam do CAPS enquanto serviço de portas abertas, que estaria funcionando de portas fechadas, devido à sobrecarga de trabalho; a falta de investimento na política de saúde mental; a demanda maior do que o serviço pode suportar, pela falta de funcionários e de concursos públicos; o fechamento do portão com cadeado, o que apontava a impossibilidade de acolhimento da crise.

O desenvolvimento dos grupos possibilitou a ampliação dos espaços de discussão, o desenvolvimento dos pesquisadores enquanto apoiadores dos processos de trabalho, o compartilhamento e a resignificação do território enquanto ferramenta que possibilita o desenvolvimento do cuidado.

Em nenhum dos territórios era de interesse estabelecer um manual para cuidar. O que ocorre são criações a partir de experiências, ao longo de cada intervenção, de modo a respeitar as particularidades e ampliar as potencialidades de cada campo.

Nessa perspectiva, trabalhamos a noção de território como a principal ferramenta para produção de cuidado em saúde mental, pois ele contém a potência de ampliações e conexões. É pela construção de territórios *ethos* que se torna possível a desinstitucionalização, e é através da habitação, do pertencimento dos sujeitos aos espaços sociais e reinvenção de suas formas de tratamento, que emana o cuidado. Desse modo, torna-se inviável cuidar sem a participação do sujeito em seu respectivo percurso de tratamento ou afastando-o do território que é o principal substrato para produção de vida. A prática de cuidado precisa ser recriada a

todo tempo, com e pelo território, a partir de deslocamentos, processos desinstitucionalizantes, articulações, desterritorialização.

Sob a ameaça de retorno dos hospitais psiquiátricos e tratamento por eletrochoque através da nota técnica nº 11/2019 publicada em 04 de fevereiro 2019 pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, ressaltamos a importância de resistirmos na luta pela garantia da reforma psiquiátrica, um processo que não está concluído, tampouco estabelecido. Essa publicação representa um grave retrocesso e vai de encontro à política vigente, mostrando que a RPB ainda é um movimento voltado à minoria rechaçada, excluída, violentada, aprisionada e, por tal motivo, contém em si a dimensão da fragilidade, muitas vezes pelo não reconhecimento e não legitimidade dos espaços sociais.

Precisaremos nos inserir ainda mais nas lutas a partir de nossas práticas, enquanto profissionais de saúde, pesquisadores dos serviços que representamos, cidadãos, familiares ou, simplesmente, pessoas, de modo a resistirmos às ameaças, aos confrontos, à desqualificação dos atos que pretendem garantir o cuidado às parcelas sociais e às vidas afirmadas por vezes como menos importantes ou até mesmo insignificantes. E por fim: desenvolvermo-nos enquanto apoiadores dos usuários e trabalhadores, mantendo-nos ao lado, pela ampliação da autonomia coletiva e protagonismo dos sujeitos diante de seus tratamentos em saúde e suas práticas de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma de nossas conversas no ônibus a caminho do presídio, expunha como estaria difícil — e essa é a palavra — concluir. “Leia Clarice Lispector!” *A descoberta do mundo*. Ela tem ajudado nesse processo afetoso de conclusão daquilo que se inicia. “Eis o campo, eis mil ervas. Folhas novas, folhas, como vos separar do vento. (...) Onde me esconder nesta aberta claridade? Perdi meus cantos de meditação” (LISPECTOR, 1999, p. 39).

Esse trabalho não conclui com a escrita; no entanto, ressoa. Esteve presente na vida dessas pessoas e de outras, que de um modo ou outro participaram dessas experimentações, e essa talvez tenha sido a mais importante contribuição. Muito mais que a própria dissertação, mais importante que as palavras escritas, foram as palavras sentidas, os olhares de quem não consegue dizer, mas sente. Dedico esse texto aos nós que travam a voz e que extrapolam a pele, à carne que treme e ao corpo subjetivo que busca por novas formas de existir.

Por tantas noites, não foi possível dormir, após idas ao campo, dias de trabalho, conversas e atendimentos com pessoas que sofreram os mais diversos tipos de violação, de aprisionamento, de preconceito. Era tomada na madrugada por despertares em que me faltava o ar, sonhos de ansiedade: quando todas essas histórias começaram a fazer parte de mim? Nesse processo, “dei a mim mesma?” (LISPECTOR, 1999, p. 34).

Entrar em contato com Clarice nesse momento é ter a certeza que a descoberta do mundo está no entre, no passo, na disponibilidade, no encontro. E tudo isso pode disparar sentimentos como afago, dor, mas nunca indiferença. O que posso escrever aqui com ela é um grito. “Grito de cansaço. Estou cansada! É óbvio que o meu amor pelo mundo nunca impediu guerras e mortes. Amar nunca impediu que por dentro eu chorasse lágrimas de sangue. Filhos dão muita alegria. Mas também tenho dores de parto todos os dias” (LISPECTOR, 1999, p. 81).

Seguimos e resistimos para garantir a continuidade e o fortalecimento da RPB, que ocorre necessariamente em dimensões de ampliação territorial. Toda a luta que ampara o movimento da RPB se inicia com mobilizações cotidianas de onde estamos: no CAPS, no presídio, na rua, na praça, na escola, no trabalho, fazendo o que é possível para garantir assistência digna e cuidado integral às pessoas que sofrem preconceito, violação de direitos e enclausuramento das mais diversas formas. A reforma psiquiátrica está totalmente atrelada a uma prática construtiva de território, portanto não existe sem ele.

É preciso que cada vez mais estejamos atentos e disponíveis aos reposicionamentos sutis, ao acolhimento em sua integralidade, aos processos de cuidado, sem nos restringirmos somente à medicalização dessas vidas “adoecidas” e subordinadas exatamente por processos de institucionalização. Por esse motivo, a prática de pesquisa *com* pessoas e instituições e não *sobre* pessoas e instituições permite a criação de fissuras nos muros de concreto; como nos anuncia Deleuze, em diálogo com Parnet (1998), um jeito grama de viver, que se permite nascer no entre, em oportunidades: *grammar* é um ato político. O jeito grama de viver sustenta a construção de redes fortes e territoriais, sendo essa a principal estratégia para evitar internações compulsórias. É poder costurar um território de morada possível, ampliar a experimentação territorial, e não simplesmente aprisionar.

De que modo podemos criar uma intervenção que artefaça territórios existenciais com esses sujeitos? A possibilidade de habitar mais espaços de existência, construir vínculos, parcerias com o mundo, já não seria expressão de cuidado? Tomamos essa postura, esse modo de artesanaria territorial, como *ethos* de todas essas intervenções institucionais que foram traçadas por afetos.

O modo como narramos experiências com outros prioriza a polifonia, deixa que os afetos costurem pensamentos e palavras e, de certo modo, possibilita o acolhimento de histórias, dá-lhes um lugar. Com essas parcelas da população às quais foram negadas tantas formas de habitações existenciais e concessão de direitos, a atitude de pôr-se ao lado, garantir-lhes a participação no próprio processo de cuidado, trabalho, pesquisa e escrita, não é banal. É sim uma prática de enfrentamento.

Por esse motivo, em determinado momento foi importante convidar os trabalhadores da rede para discutirem sobre esse modo de fazer cuidado. O que aparecia enquanto conteúdo nos grupos focais era um território que, de tão complexo, dava nós. Com as oficinas narrativas, alguns desses sentidos puderam ser ressignificados. Espalhamos o território no chão, com ele desenhamos, escrevemos, traçamos caminhos possíveis, levando-o em conta enquanto prática e ferramenta de cuidado que fortalece o movimento da reforma psiquiátrica. E como bem os trabalhadores sinalizaram: “esse trabalho não pode parar aqui”, e para isso talvez seja preciso revelar o que quase ninguém vê. “Sabe, ontem acordei colorida. Assim porque vi uma porção de coisas sempre vistas e nunca vistas, amei o movimento da vida, sabe como é, um dia que a gente tem olhos para ver” (LISPECTOR, 1999, p. 71).

Por fim, deixo um pequeno relato da história que construímos no último grupo GAM do ano de 2018, no presídio. Eles chegam, sentam-se em roda e ali se iniciam conversas, queixas, momentos de lampejo e silêncio. Porque aqui estamos nessa condição, olha só... algemados. Olhos marejados. Resta o barulho da algema sendo forçada pela resistência das mãos. Silêncio. E quanta coisa acontecia nesse jeito travoso de dizer. Todos algemados e nós, trabalhadores, não havíamos percebido. Que incômodo por ter deixado isso passar! Agente, por favor, retire as algemas de todos. Agora com as mãos livres, vamos pensar sobre elas? Qual história nossas mãos nos contam? Algumas com tatuagens, cicatrizes (essa foi em uma queda de moto). A história mais legal que a mão conta foi descer de rapel na terceira ponte ou pegar a filha pela primeira vez. Quantas histórias cabem em nossas mãos? Sinto-me à vontade para contar minha história de mão: estão vendo esse calo no meu dedo do meio? Ele me acompanha desde criança e se desenvolveu pelo meu jeito de pegar a caneta. Tomei gosto pelo escrever e, sem esse calo, hoje não estaria conversando com vocês, nem poderia solicitar que ao menos de nossas mãos fossem retiradas as algemas. Esse calo me conferiu um lugar de descoberta no mundo, me permitiu ser psicóloga de uma unidade prisional, pesquisadora, e escrever essa história. Além disso, me permite agora colocar o ponto final nessa dissertação. São muitas histórias de mãos, calos e afetos aqui nesse ponto.

## REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M.; SILVA, R. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 40–48, 2003.

ALMEIDA, L. P. *Sobre contar uma vida: imagens e fragmentos de histórias de subjetivações em estado de Pause na contemporaneidade*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) — Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. Disponível em: [http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_5265\\_Dissertacao%20Laura.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_5265_Dissertacao%20Laura.pdf).

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (Org.) *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, p. 132–150, 2009.

AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3, p. 491–494, 1995.

\_\_\_\_\_. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: \_\_\_\_\_. (Coord.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, p. 45–66, 2003.

\_\_\_\_\_. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 3ª ed., 2012.

AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 113–148.

AMARANTE, P.; DIAZ, F. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, p. 83–95, 2012.

BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

\_\_\_\_\_. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BOCCO, F. *Cartografias da infração juvenil*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20–28, 2002.

BORTOLOZZI, A.; FARIA, R. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Ra'ega: espaço geográfico em análise*, Curitiba, n. 17, p. 31–41, 2009.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde no Sistema Prisional*. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf). Acesso em 12 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*. Informativo eletrônico. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf). Acesso em 12 de novembro de 2018.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

CAPISTRANO, D.; PIMENTA, L.; HENRIQUES, P. O SUS que dá certo. In: CAMPOS, B.; HENRIQUES, P. (Org.). *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 1997.

CARNEIRO, N. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, p. 208–220, 2008.

CARRETEIRO, T. C. A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de filiações e de filiações sociais. In: SAWAIA, B. *As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 87–96.

CAVALCANTE, C.; JORGE, M.; SANTOS, D. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis*, Rio de Janeiro, p.161–178, 2012.

CASTRO, L A. *Sistema penal e sistema social: a criminalização e a descriminalização como funções de um mesmo processo*. Revista de Direito Penal. Rio de Janeiro, Forense, n. 29, p. 12,1981.

COSTA, L. O retorno de Deleuze e Guattari e as três éticas possíveis. In: *II Seminário de Filosofia e Educação*, 2006.

DELEUZE, G. *O Bergsonismo*. São Paulo: Editora 34, 2012.

DELEUZE, G.; FOUCAULT, M. *Os intelectuais e o poder*, 1972. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/81012/mod\\_resource/content/1/Texto%2016%200s%20intelectuais%20e%20o%20poder.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/81012/mod_resource/content/1/Texto%2016%200s%20intelectuais%20e%20o%20poder.pdf)

DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G.; PARNET, C. *O abecedário de Gilles Deleuze*. Entrevista concedida a Claire Parnet. Editoração: Brasil, Ministério da Educação, TV Escola, 2001. Paris: Éditions Montparnasse, 1997, VHS, 459min.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, vol. 4, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, vol. 5, 1995.

DELGADO, P. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 4701–4007, 2011.

DESPRET, V. As ciências da emoção estão impregnadas de política? Catherine Lutz e a questão do gênero das emoções. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, p. 29–42, 2011.

DIAS, R. Pesquisa–intervenção, cartografia e estágio supervisionado na formação de professores. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, p. 269–290, 2011.

DIAS, R. O. *Formação inventiva de professores*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2012.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental [online]*, v. 4, n. 6, p. 69–82, 2006.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano de Intervenção da Região Metropolitana – PIR: 2015*. Espírito Santo, 2015. 348p. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>>. Acesso em: 01 de maio de 2017.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

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

FOUCAULT, M. Uma estética da existência. Entrevista concedida ao jornal Le Monde. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. *Le monde*, 15–16 juillet 1984, p. XI.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 42<sup>a</sup> ed., 2014.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: *Ditos & Escritos V — Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FRANCO, L. *Por uma política da narratividade: pensando a escrita no trabalho de pesquisa*. Niterói: Eduff, 2016.

GOFFMAN, I. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

\_\_\_\_\_. *Modelo médico e a hospitalização psiquiátrica: algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparação*. São Paulo: Perspectiva, 1990.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237–255, 2008.

GUATTARI, F. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

HAESBAERT, R. *Dos múltiplos territórios a multiterritorialidade*. Conferência. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, n. 1, p. 297–305, 2009.

HONESKO, V. Entrevista de Vinicius Nicastro Honesko à revista do Instituto Humanista Unisinos. Edição 495, 17 de outubro de 2016. Disponível em:

<http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/561458-a-impossibilidade-de-melhorar-o-mundo-entrevista-especial-com-vinicius-nicastro-honesko>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações estatísticas (Vitória)*. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=e&codmun=320530&search=espírito-santo|vitoria>>. Acesso em: 01 de maio de 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações estatísticas (Vila Velha)*. 2010a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320520&search=espírito-santo|vila-velha>>. Acesso em: 01 de maio de 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações estatísticas (Serra)*. 2010b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320500&search=espírito-santo|serra>>. Acesso em: 01 de maio de 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações estatísticas (Cariacica)*. 2010c. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cariacica/panorama>. Acesso em: 11 de abril de 2019.

KALIL, M. (Org.), *Saúde mental e cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. Anais de um encontro em Santos–SP, 1991. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, p. 263–280, 2013.

LAPOUJADE, D. O corpo que não aguenta mais. In: LINS, D.; GADELHA, S. (Org.). *Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo?* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002, p. 81–90.

LEMKE, R.; SILVA, R. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia Social [online]*, p. 9–20, 2013.

LIMA, E.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, p. 593–606, 2014.

LISPECTOR, C. *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACERATA, I.; SOARES, J.G.N.; RAMOS, J.F.C. Apoio como cuidado e territórios existenciais: atenção básica e a rua. *Interface (Botucatu)*, 2014.

- MACHADO, L.; LAVRADOR, M. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L.; LAVRADOR, M.; BARROS, M. (Orgs.). *Texturas da psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 45–58, 2001.
- MELO, J. et al. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. *Cadernos Humaniza SUS*, vol. 5, p. 233–248. 2015.
- OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. *Saúde em debate*, p. 38–48, 2008.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. *Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. *Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade*. Campinas: Hucitec, 2008.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Mental health in primary care: An evaluative study in a large brazilian city. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 4643–4652, 2011.
- ONOCKO-CAMPOS et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 2890–2891, 2013.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009a.
- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009b.
- PASSOS, E.; CARVALHO, S. V.; & MAGGI, P. M. *Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação*. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del-Rei, p.269-278, 2012.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, p. 391–414, 2013.
- PAULON, S. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, vol. 17, n. 3, p. 18–25, 2005.

PELBART, P. P. *Vida e morte em contexto de dominação biopolítica*. 2008. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/pelbartdominacaobiopolitica.pdf>> Acesso em: 26/11/2018

PESSOA, F. *Novas poesias inéditas*. 4. ed. Lisboa: Ática, 1993.

PRESOTTO, R. F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.18, n.10, p. 2837–2845, 2013.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. *Fractal: Revista de Psicologia*, p. 323–336, 2013.

RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993, p. 17–29.

RAMON, S. *Psychiatric Hospital Closure*. London: Chapman & Hall, 1992.

RANCIÈRE, J. *A partilha do sensível*. São Paulo: Editora 34, 2005.

ROCHA, M. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *PSICO*, Porto Alegre, v.37, n.2, p.169–174, 2006.

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROTELLI, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990.

ROTELLI, F. et al. A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. *Divulgação em Saúde para Debate*, p. 119–122, 1991.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA J.R., B; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41–55, 1992.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In NICÁCIO, F (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec, p.13–32, 1992.

SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 2813–2824, 2013.

SAFFIOTTI, A. *Atenção em saúde mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção psicossocial*. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) — Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, M. *A Natureza do Espaço Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Edusp, 2006.

SAQUET, A.; SILVA, S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. *GEO: UERJ*, v. 2, n. 18, p. 24–42, 2008.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. *Plano Municipal de Saúde – PMS: 2014–2017*. Serra, Espírito Santo, 2013.

SILVA, J. P. L. et al. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 3, p. 505–511, 2000.

SILVA, M. TOURINHO, H. Território, territorialidade e fronteira: o problema dos limites municipais e seus desdobramentos em Belém/PA. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, p. 96–109, 2017.

SOUZA, M. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C.; CORRÊA, R. L. (Org.), *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand, 2003.

TRABUCO, K. E.; SANTOS, D. S. Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. *VII Jornada Internacional De Políticas Públicas*, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatrica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>

TEDESCO, S.; SADE, C.; CALIMAN, L. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal*, v. 25, n. 2, p. 299–322, 2013.

KINOSHITA, R, T. *Contrualidade e reabilitação psicossocial*. In PITTA, A (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p. 55-59, 1996.

VARELA, F.; MATURANA, H.; URIBE, R. Autopoiesis: the organization of living systems. *Biosystems*, v. 5, n. 4, 1947.

VASCONCELOS, E. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Editora Paulus, p. 20–145, 2003.

VERMERSCH, P. *L'entretien d'explicitation*. Issy-Les-Moulineaux: ESF, 2000.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. Plano Municipal de Saúde – PMS: 2014–2017 / Secretaria Municipal de Saúde. Vila Velha, 2013.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. Plano Municipal de Saúde – PMS: 2014–2017 / Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2015.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ZOURABICHVILLI, F. *Vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.