

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Mariana Silva de Farias

**A EXPERIÊNCIA DE UM JOVEM EM SUA PRIMEIRA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA: CARTOGRAFIAS DOS PRÓXIMOS PASSOS**

Santa Maria, RS, Brasil
2019

Mariana Silva de Farias

**A EXPERIÊNCIA DE UM JOVEM EM SUA PRIMEIRA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA: CARTOGRAFIAS DOS PRÓXIMOS PASSOS**

Artigo de Conclusão do Curso apresentado no Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Marcos Adegas de Azambuja

Santa Maria, RS, Brasil
2019

Mariana Silva de Farias

**A EXPERIÊNCIA DE UM JOVEM EM SUA PRIMEIRA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA: CARTOGRAFIAS DOS PRÓXIMOS PASSOS**

Artigo de Conclusão do Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Aprovado em 13 de agosto de 2019:

Marcos Adegas de Azambuja, Dr. (UFSM)
(Presidente/orientador)

Douglas Casarotto de Oliveira, Ms. (FISMA)
(Examinador)

Ariane Naidon Cattani, Especialista (UFSM)
(Examinadora)

DEDICATÓRIA

Dedico esta escrita aos usuários da rede de saúde mental que compartilharam comigo suas histórias.

RESUMO

A EXPERIÊNCIA DE UM JOVEM EM SUA PRIMEIRA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: CARTOGRAFIAS DOS PRÓXIMOS PASSOS

AUTOR: Mariana Silva de Farias

ORIENTADOR: Marcos Adegas de Azambuja

Contexto: o cuidado em Saúde Mental tem se modificado desde a Reforma Psiquiátrica criando espaço para dispositivos clínicos que operam em céu aberto e nos territórios dos usuários de nossa rede de saúde, entre eles o Acompanhamento Terapêutico. Objetivos: Cartografar a experiência de acompanhamento terapêutico com um jovem em sua primeira internação psiquiátrica, assim como os possíveis efeitos da relação terapêutica e do diagnóstico psiquiátrico durante e após internação. Metodologia: utilizou-se pesquisa qualitativa através do método da cartografia, trabalhando a ideia que toda pesquisa é intervenção e que a mesma estrutura-se no transcorrer do processo. Como contorno da pesquisa foi utilizado o dispositivo do Acompanhamento Terapêutico para estar junto a um jovem após sua alta da internação psiquiátrica. Como produção e análise dos dados elegeu-se a análise de implicação de Lourau. Discussão: Acompanhamos a caminhada do jovem durante sua internação, assim como sua chegada a novos serviços de saúde como o CAPS e o CRAS de sua região, presenciando as dificuldades em habitar um corpo marcado pela instituição, medicamentos, e pela complexidade de pensar novas estratégias de existência. Considerações finais: Destacamos a importância da continuidade do trabalho do AT com este jovem para que o traçado já feito por ele continue encontrando linhas e bordas de apoio, acreditando que a produção de vida se dá na qualidade da construção e vínculo entre o sujeito e as possibilidades que ele tem para conseguir criar.

Palavras-chave: Palavra chave 1. Internação psiquiátrica; Palavra chave 2. Acompanhamento terapêutico; Palavra chave 3. Cartografia.

ABSTRACT

A YOUNG PEOPLE'S EXPERIENCE IN THEIR FIRST PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION: CARTOGRAPHS OF NEXT STEPS

AUTHOR: Mariana Silva de Farias

ADVISOR: Marcos Adegas de Azambuja

Context: Mental health care has changed since the Psychiatric Reformation creating space for clinical devices operating in open skies and in the territories for the users of our health network, among them, the therapeutic accompaniment. Objectives: Cartographing the follow-up experience with a young person in his first psychiatric hospitalization, as well the possible effects of the therapeutic relationship and the psychiatric diagnosis during and after the hospitalization. Methodology: Qualitative research was used through the cartography method, working on the idea that the whole research is intervention and that the same structure is in all the process. As a study outline, was used the therapeutic monitoring device of the institution was used to be with this young person after his discharge from the psychiatric hospitalization. As the production and analysis of the data was selected the analysis of implication of Lourau. Discussion: We accompany this young man's walk during his hospitalization, as well as his arrival in new health services such as CAPS (Psycho-Social Care Center) and the CRAS (Social Assistance Referral Center) of the region where he resides, witnessing the difficulties in inhabiting a body marked by the institution, medicines and the complexity of thinking new ways to exist. Final considerations: We emphasize the importance of continuing the work of therapeutic follow-up with this young person so that what has already been done by himself don't be lost and that he can finds lines and edges of support, believing that the production of life occurs in the quality of what was done. and between the subject and the possibilities he possesses to create new ways of healing.

Keywords: Keyword 1. Psychiatric hospitalization; Keyword 2. Therapeutic accompaniment; Keyword 3. Cartography.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	Saúde Mental	12
3.	METODOLOGIA	18
3.1	Por uma cartografia sentimental.....	18
3.2	Espaço tempo da pesquisa.....	19
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	41

1 . INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem início no desejo e nas angústias vivenciadas durante o processo de trabalho em uma Unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Geral no interior do estado do Rio Grande do Sul. Vivenciamos enquanto grupo de residentes¹ diversas e recorrentes internações e reinternações de jovens em sofrimento psíquico. Sujeitos que estavam experimentando as complexidades e bonitezas de uma vida “quase adulta”, como um namoro, faculdade, trabalho e a independência afetiva e financeira.

O que acontece com eles agora? Recordo de inúmeras vezes essa pergunta circular entre nós residentes, sem muitas respostas. Desejo de pesquisa. Que modo de habitar o mundo esse corpo, que por algum motivo hoje desafiou um padrão de comportamento e subjetividade, encontra para seguir a vida após um período de internação psiquiátrica e as implicações que um diagnóstico de transtorno mental acarreta em sua potência de vida?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e dessa forma, compreende que o sentido da expressão saúde mental seria uma mente sadia e normal, um estado de bem-estar mental sem nenhuma manifestação de desordem ou desequilíbrio. Tal modelo é criticado por trazer uma ilusória vida livre de problemas, o que Czeresnia (2013) afirma não corresponder à situação concreta de qualquer ser humano. A autora salienta que não existe saúde perfeita, as perturbações e situações de adoecimento fazem parte da vida de todos os sujeitos, e recuperar-se da doença é uma manifestação de saúde.

Czeresnia (2009) salienta que a normalidade se trata de um conceito de cunho valorativo, que conecta o normal com valores sociais e pode resultar na legitimação de práticas de exclusão e controle daqueles considerados desajustados. Quando os conceitos de saúde e normalidade são colocados lado a lado, conseqüentemente qualquer variação que a sociedade considere não conveniente se tornará passível de intervenção e medicalização por parte de saberes como os da psiquiatria, psicologia, entre outros.

¹ Trabalhamos nesta Unidade de internação psiquiátrica devido a mesma ser um dos campos ofertados para atuação dos residentes pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

Por longos anos assistimos à assistência psiquiátrica as pessoas com transtornos mentais acontecer no interior de hospícios, com internações prolongadas e, conseqüentemente, com a segregação destes usuários tanto do espaço social quanto familiar. Entretanto, ao longo das últimas décadas, o cenário hospitalocêntrico/internação foi sendo modificado para um formato focado na integralização e territorialização no que diz respeito aos cuidados de pessoas com transtorno mental. Diversos países, como a Itália, França e Inglaterra implementaram políticas de atenção em saúde mental, alterando principalmente o eixo hospitalar para o comunitário, objetivando o cuidado e a atenção integral ao usuário e a sua família (Cardoso; Oliveira; Piani, 2016).

No Brasil, a partir da década de 90, com a consolidação da Lei Federal Nº 8.080/1990 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou no país mudanças em prol de um novo modelo em saúde, conseqüentemente em saúde mental, onde financiamentos nesta área começaram a ser instituídos (Trapé; Campos, 2017). Em conseqüente, a Lei da Reforma Psiquiátrica Nº 10.216/2001 foi aprovada, assegurando as mudanças que já estavam ocorrendo, através de financiamento para abertura de serviços de cuidado territorial e de menos financiamentos para leitos de internação, transformando o cuidado hospitalocêntrico em um cuidado territorial (Trapé; Campos, 2017).

Devido a todas estas mudanças, apostas clínicas como o Acompanhamento terapêutico passam a ganhar espaços e disponibilidade afetiva de novos profissionais da saúde, e começa exercer um papel importante relacionado ao cuidado do indivíduo com transtorno mental. Palombini (2006) salienta que a prática do Acompanhamento Terapêutico nos faz repensar outras formas de intervenção com esta clientela dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica, já que assume o exercício que extrapola o local do privado estando junto ao usuário nos espaços públicos. Ela segue: “[...] as incursões do acompanhante pelo fora, a céu aberto, possibilitam uma outra visão, uma outra experiência de encontro com o acompanhado, que é distinta da experiência vivida no serviço.” (PALOMBINI, 2006, p. 118).

Nesta possibilidade de encontro tivemos a oportunidade de acompanhar um jovem durante sua primeira internação psiquiátrica e as implicações em sua vida durante e após este processo, estando atento às complexidades que emergem de uma fase de adultez onde estudo, trabalho e lazer são desejos presentes no menino

ao mesmo tempo que lhe causam angústia quando ele retorna a sua vida após o período recluso na Unidade de internação. A pessoa em crise escapa dos territórios aos quais estava pertencendo até aquele momento, não podendo retornar à escola, ao trabalho, atuar nos papéis sociais de “amigo, namorado, filho”, etc. Ou tendo de retornar de outra maneira construindo outro formato de pertencimento, o que para muitos é delicado, doloroso e, por vezes, impossível.

Haesbaert e Bruce (2000) afirmam que este movimento de se abandonar um território se chama desterritorialização, e que há também um outro, a reterritorialização, sendo este o movimento de construir território. Nosso desejo era estar junto deste jovem durante a internação e quando o mesmo retornasse ao seu território e começasse a construção de outros.

Desejo de aproximação que compõe com os objetivos desta pesquisa, que têm como interesse cartografar a experiência de acompanhamento terapêutico com um jovem em sua primeira internação psiquiátrica, assim como os possíveis efeitos da relação terapêutica e do diagnóstico psiquiátrico durante e após internação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE MENTAL

A expressão saúde mental se refere a uma área de conhecimento e atuação ampla e complexa, atravessada por diversos saberes-poderes como os da medicina, psicologia, psiquiatria, enfermagem, entre outros. Um campo configurado pelo sócio histórico e cultural, logo, impossível ficar isento a padrões e ideias que cada época e sociedade definem como parâmetro a ser adotado. Portanto, Saúde Mental é um processo que está em movimento e transformação permanentes, encontrando e enfrentando ao longo do caminho diferentes visões de mundo, ideologias e interesses.

Sendo assim, para compreender as concepções que tornaram a saúde mental um campo de conhecimento/ação é necessário percorrer um percurso um pouco longo, revisitando alguns passos da trajetória desse conceito iniciado na origem da psiquiatria e do modelo hospitalocêntrico.

Os hospitais não foram desde sua criação uma instituição médica. Na Idade Média eram espaços de ordem religiosa e caridosa com objetivo de cuidar dos necessitados, mendigos, doentes e desabrigados. “Por isso, para denominar tais instituições religiosas, utilizou-se a expressão ‘hospital’ que, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade” (AMARANTE, 2007, p. 22). Este mesmo autor salienta que, no século XVII esses locais passaram a exercer outras e novas funções: as portas se abriram também para os delinquentes e desajustados, resultando em uma grande massa da população internada e amontoada em seus pavilhões. A transformação desses hospitais começava a se concretizar e, de um cunho inicialmente caridoso, ocorre a transição para funções de ordem social, política e disciplinar.

Contudo, com a Revolução Francesa no fim do século XVIII e seu lema de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” tais instituições passam por outra reformulação, a fim de “sanear o aspecto insalubre e de superar a natureza de violência e exclusão social que tais instituições representavam” (LANCETTI; AMARANTE, 2012, p. 663). Foram nestas instituições “reformadas” que diversos médicos começaram a exercer a profissão, acabando por transformar o hospital em instância médica por excelência. Destes, salientamos a figura de Philippe Pinel, que inicia um processo de transformação originando a psiquiatria propriamente dita.

Este médico que é conhecido como o pai da psiquiatria, começa a reformar os espaços do hospital e suas funções. Primeiramente, ordenou a retirada daqueles que não eram enfermos, permanecendo no hospital somente os doentes. Ato seguinte, estes foram separados e divididos de acordo com seu tipo de enfermidade, passando desde então por uma rotina de observação, descrição e identificação detalhada de suas patologias. Neste movimento de identificar as doenças, Pinel dedica-se ao estudo do que chamou de alienação mental, “primeiro conceito utilizado na medicina para nomear o que então era conhecido como loucura” (LANCETTI; AMARANTE, 2012, p. 664). Segundo esses autores, a expressão alienação deriva do latim *alienare*, que significa estar fora de si e da realidade, suscitando um sentido de estrangeiro, alguém que vem de fora, de outro mundo - ou, do “mundo da lua” como é dito popularmente.

Portanto, nomear os sujeitos de alienados era praticamente marcar um lugar em que não deveriam/poderiam participar da vida em sociedade e que eram incapazes de conviver com o restante da população, logo, de exclusão. Como viver em sociedade se não possuíam a Razão? “Efetivamente, para Pinel, a alienação mental seria fruto não de uma perda total da Razão, mas de um distúrbio da Razão” (LANCETTI; AMARANTE, 2012, p. 664). Esse conceito foi suficiente para excluir do convívio em sociedade os desajustados e desarmônicos da mente e, ainda, colar às suas imagens a noção de periculosidade. Afinal, sob esta ótica, são seres irracionais que não têm a capacidade de discernir entre o certo e o errado e nestas condições, representam um risco para si e para a sociedade; através dessa justificativa, a internação se torna uma prática bastante utilizada e necessária.

Deparo-me então com outro conceito importante na história da psiquiatria, o isolamento. Instituído por Robert Castel, fundamentava que para uma melhor observação e um estudo minucioso dos objetos (doentes/doenças) era preciso que estes fossem retirados do mundo exterior e separados de qualquer interferência da família, amigos e meio social, dentre outras possibilidades de existência coletivas e sociais. Este isolamento também estava associado às produções de conhecimento, visto que o hospital agora era igualmente um laboratório, onde as pessoas eram estudadas, observadas, analisadas e classificadas (FOUCAULT, 2012).

Portanto;

Na medida em que a alienação mental seria um distúrbio no equilíbrio das paixões, e que o hospital de alienados poderia representar, como afirmava Pinel, um estabelecimento onde seria possível submeter o alienado a

“regras invariáveis de polícia interior”, o hospital seria, ele próprio, uma instituição terapêutica (AMARANTE, 2007, p. 32).

Nesse contexto de uma nova organização social e política, Foucault (2014) nomeia como sociedade disciplinar as instituições que tinham o papel de colocar em prática as normas, condutas, horários, organização do espaço e regulação dos corpos, tal como às instituições militares. Nesse sentido, os hospitais psiquiátricos foram constituídos com a intenção do que Pinel batizou de tratamento moral, que colocava em prática uma série de regras e rotinas adotadas pela instituição visando reeducar a mente do alienado e “reorganizá-la”.

Pinel e seus métodos de isolamento e tratamento moral foram elementos de críticas por não irem ao encontro dos compromissos libertários e democráticos da Revolução Francesa. “Que estranha instituição seria essa que sequestrava e aprisionava aqueles ao quais pretendia libertar?” (AMARANTE, 2007, p.37). Em pouco tempo os primeiros asilos ficaram superlotados, houve denúncias de maus tratos e violência e, desta maneira, indicativos de mudança começaram a surgir.

A primeira dessas propostas ocorreu no Reino Unido, na década de 40, denominada Comunidade Terapêutica (DESVIAT, 1999). O objetivo era de envolver todas as pessoas num projeto terapêutico comum, um processo de democratização, como almejava os ideais da Revolução Francesa, mas tal tentativa tornou-se insuficiente com o tempo, pois as comunidades acabaram mantendo o caráter asilar.

A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária, e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional (AMARANTE apud JONES, 2007, p.43).

Outra experiência de transformação foi liderada pelo psiquiatra François Tosquelles nos anos de 1940, que refugiado da ditadura espanhola, protagonizou no Hospital Saint-Alban, na França, um resgate do trabalho terapêutico. Sua inovação foi dar possibilidade de participação aos internos, assim como a noção de responsabilidade, permitindo que pela primeira vez a voz dos pacientes fosse escutada. Contudo, sua limitação também foi a de permanecer cativo ao modelo hospitalocêntrico.

Ainda houve outras investidas com o intuito de sair do modelo hospitalar e explorar as possibilidades de um trabalho nas comunidades, um trabalho externo aos manicômios e almejando medidas de continuidade terapêutica após as altas hospitalares. O movimento conhecido como Psiquiatria de Setor surgiu na França em meados das décadas de 50 e 60 (DESVIAT, 1999) e consistia na criação de centros de saúde mental comunitários, tendo, porém, permanecido igualmente preso ao modelo hospitalar, pois este continuava sendo a referência para ocorrências graves.

Acompanhando esse percurso sócio-histórico chegamos a uma experiência de mudança de fato. Franco Basaglia em 1971, em Trieste, na Itália, desenvolve uma experiência radical: a negação da psiquiatria como ideologia e o fechamento dos hospitais psiquiátricos e finalmente a mudança para os serviços substitutivos. Desviat (1999) salienta que foram tempos de transformação e de uma luta contra os manicômios, até que em 1978 a Lei 180 condena esses espaços e decreta sua extinção.

Não era a negação da doença mental nem da psiquiatria, nem tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que se relacionava com a recusa do mandato outorgado pela sociedade aos psiquiatras para que eles isolassem, exorcizasse e anulasse os sujeitos à margem da normalidade social. (DESVIAT apud ROTELLI, 1999, p.44).

O processo que aconteceu em Trieste foi uma reconstrução de vidas que estavam apagadas e abandonadas naqueles manicômios. Basaglia falava que a doença tinha de ser colocada entre parênteses para que os sujeitos concretos que sofriam e vivenciavam tais sofrimentos fossem escutados, olhados e tratados. O sujeito deixa de ser reduzido à doença para ser visto em sua totalidade, suscitando relações de cuidado e afeto.

A partir disso, os doentes que outrora ficavam reclusos nos hospitais e enfermarias passam a habitar as cidades e retornam ao convívio social, e assim os profissionais que trabalhavam unicamente nos hospícios agora passam a atuar no território. Ou seja, ocorreu uma ampliação de ações vivenciadas no cotidiano das cidades e dos locais que os usuários habitam e se relacionam afetiva, política e socialmente.

No Brasil as possibilidades de mudança na história da saúde mental aconteceram principalmente a partir da Constituição Brasileira promulgada em 1988, e a construção do Sistema Único de Saúde promovido na Lei 8080/1990: a saúde passou a ser um direito do cidadão e dever do Estado, e, a partir de então essa era uma responsabilidade

de cada município. Em Santos-SP desponta uma das primeiras experiências de transformação no único hospital psiquiátrico da cidade, a Casa de Saúde Anchieta. Em três de maio de 1989 foi decretada uma lei de intervenção na Casa de Saúde Anchieta e uma multidão de profissionais foram para lá cuidar dos pacientes que se encontravam muito debilitados devido a precariedade do cuidado. “A Intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi mais uma escola de liberdade” (LANCETTI; AMARANTE, 2012, p. 673).

Dessa forma, enquanto o manicômio ia sendo desmontado, o primeiro Naps (Núcleo de Apoio Psicossocial) de Santos foi nascendo e, à medida que equipe de profissionais e usuários se fortalecia e integrava-se, eles deixavam juntos o hospital e partiam para fundar mais um Naps.

Os trabalhadores de saúde mental de Santos tornaram-se verdadeiros terapeutas: destemidos, dispostos, apaixonados. Não escolhiam pacientes nem pretendiam que eles se adaptassem a suas corporações, modelos ou grupos de pertinência (LANCETTI, 2009, p. 44).

Com o tempo, o Ministério da Saúde adotou o nome de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, sigla que se mantém até os dias atuais. Estes serviços substitutivos foram todos regionalizados, distribuídos nas regiões da cidade e, mais do que isso, tornaram-se centros de base territorial. Suas práticas acontecem no território geográfico e também no território existencial “no qual as relações de afeto, de cooperação e de produção de saúde mental se exacerbam” (LANCETTI, 2009, p. 50). Dessa maneira a saúde mental atua de modo complexo em contraponto à simplificação dos manicômios.

Considerando o contexto da Reforma psiquiátrica e a intenção de trabalho e contágio com o território geográfico e existencial dos usuários, o dispositivo do Acompanhamento terapêutico na rede pública de saúde coloca em exercício a aposta de práticas que acontecem na cidade, na rua e na disponibilidade de um outro tipo de encontro.

A modalidade clínica do acompanhamento terapêutico possibilita o estar junto do sujeito nos espaços onde o mesmo está inserido, fazendo com que acompanhante e acompanhado vivenciem o cotidiano e as forças de suas relações, seja com as relações interpessoais, com a família, comunidade, com a cultura, com as estruturas físicas e políticas e os sentidos e sensações vivenciados por todos os envolvidos.

É indiferente se o espaço da cidade toma aqui a forma de uma rua, uma praça, uma cama ou um quarto, quando se considera que cada um desses territórios pode revelar-se poroso à matéria do mundo para além de suas fronteiras mais ou menos estreitas, e que se os habita na perspectiva em aberto, conflitiva, de um itinerário por vir (Palombini, Belloc e Cabral, 2004).

Palombini (2006) coloca também como o AT faz a desinstitucionalização da clínica para além do psicótico, pois repensa as formas de intervenção com esta clientela dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica, afinal é um exercício que extrapola o local do privado estando junto aos usuários no espaço público propiciando um espaço relacional, assim como esta proposta de clínica coloca em análise as estratégias e formatos que a rede de saúde e comunitária respondem à desinstitucionalização da loucura.

O dispositivo do acompanhamento terapêutico aposta na potência de vida do coletivo, da afetação recíproca e da possibilidade de criação de laços. (PELBART, 2003).

3. METODOLOGIA

3.1 POR UMA CARTOGRAFIA SENTIMENTAL

Convido-os a “Pesquisar, intervir, transformar - vamos mergulhar nos desafios do cartógrafo!” (CARVALHO; FERIGATO, 2011, p. 664).

A cartografia tem como intenção acompanhar processos, caminhos que se trilham no encontro através do ato de pesquisar. Barros e Passos (2009) salientam que este caminhar não almeja um destino planejado, com rotas pré-definidas, mas seguir um percurso que é construído e orientado a partir dos efeitos da produção em conjunto, entre pesquisador e participante de pesquisa. Dessa forma, os objetivos são relativizados e o propósito da cartografia não é o seu fim, seu destino, mas o encontro que vai sendo suscitado no ato do pesquisar. Logo, o desejo é de construir coletivamente mapas processuais no/do território habitado, e a pesquisa se constitui engendrando-se conforme o ritmo dos personagens no encontro que começamos a pertencer.

Cartografar remonta a uma tempestade... Tempestade de escolher rotas a serem criadas, constituir uma geografia de endereços, de registros de navegação, buscar passagens... Dentro do oceano da produção de conhecimento, cartografar é desenhar, tramar movimentações em acoplamentos entre mar e navegador, compondo multiplicidades e diferenciações (KIRST; GIACOMEL; RIBEIRO; COSTA; ANDREOLI, 2003, p. 91).

O encontro com nosso personagem principal acontece em uma manhã de junho/2018 na Unidade de internação psiquiátrica, quando o mesmo chega em episódio de mania há mais de uma semana, apresentando delírios religiosos e grandiosos. Diagnóstico de Bipolaridade tipo I aos 19 anos de idade. O jovem permanece na internação por um período de quase cinco meses e neste tempo nos aproximamos, o que possibilitou darmos continuidade através da pesquisa aos nossos encontros, depois que o mesmo recebeu alta hospitalar.

Apresentamos a Sabotage antes de continuar nossos traçados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que fora assinado. A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com o número CAAE: 02197418.6.0000.5346 e número do parecer 3.021.961, no dia 14 de novembro de 2018.

No território dele, do centro da cidade, CAPS e CRAS transitamos por alguns dias, uma tarde por semana livre para escolhermos o trajeto. Geralmente nos encontrávamos pelas 14h e nos despedimos perto das 17:30h, horários dos ônibus urbanos para ir até o bairro ou ele, para vir ao centro da cidade, totalizando 8 encontros fora do ambiente da internação.

Portanto, o caminho é o da experimentação, de maneira que não há uma separação entre pesquisador e participante de pesquisa, entre saber e conhecer, entre pesquisar e intervir. Cartografar enquanto ato de pesquisa significa, pois, intervenção, produção do novo. Romagnoli (2009) salienta que o método cartográfico problematiza os modelos tradicionais de pesquisa, onde, de forma geral, se busca e se impõe verdades simplificadas que almejam veracidade sobre a vida e sobre os sujeitos. A cartografia tenta driblar essas certezas, colocando em questão a complexidade que faz parte dos campos de pesquisa.

Compreendendo que a realidade está em constante movimento e é composta por narrativas e contextos múltiplos, com inesgotáveis sensações e afetações, a cartografia é uma opção interessante de metodologia de produção e análise de dados em pesquisa científica, uma vez que possibilita vivenciar o conhecimento, e não apenas a sua representação. Dessa maneira, a cartografia possibilita um conversar “com”, e não “sobre”. Um fazer-saber, pois implica que o saber não é dado de antemão, mas construído em conjunto com a criação-produção de conhecimento. Acompanhamos o campo para estar junto e participar do que acontece nos espaços tempos institucionais e na vida dos sujeitos envolvidos, o que resulta em uma abertura para as afetações cotidianas.

Afetações e sensações como efeito de um corpo afetado na presença de um outro corpo afetante, momentos vivenciados numa dupla captura de experiências compartilhadas que nos transformam através da produção destas cartografias sentimentais em busca da nossa capacidade de afetar e ser afetado em um tempo (DELEUZE, 2002).

3.2 ESPAÇO-TEMPO DA PESQUISA?

O campo nesta pesquisa têm seu primeiro traçado em uma Unidade de Internação Psiquiátrica de um Hospital Geral do interior do estado do RS.

O início da história deste espaço começa em março de 1968 quando o Hospital Psiquiátrico foi transferido do centro da cidade para o Campus da Universidade, sendo um anexo do Hospital Universitário, e tendo suas atividades iniciadas em 1969. Atualmente esta Unidade psiquiátrica possui os serviços de internação e ambulatorial, atendendo a 4º Coordenadoria de Saúde que abrange 32 municípios da região.

A Unidade com seus 30 leitos disponíveis, recebe pacientes com transtorno psiquiátrico grave, em situação de surto psicótico, estados de alteração de humor, risco de suicídio e auto e heteroagressão.

A equipe que atua na Unidade é formada por oito enfermeiros, treze técnicos de enfermagem, quatro psiquiatras, um psicólogo, um assistente social, residentes médicos e residentes multiprofissionais, além de vínculos com cursos de graduação da universidade (enfermagem, medicina, terapia ocupacional, psicologia) e bolsas de extensão para o curso de educação física. As atividades realizadas com os pacientes seguem uma rotina de horários, turnos, dias específicos da semana e todas são supervisionadas por algum profissional da Unidade.

Um outro local em que esta pesquisa se desenhou foi o CRAS Oeste do município de Santa Maria, situado no bairro Nova Santa Marta, território de nosso participante de pesquisa e onde encontramos possibilidades de Oficinas ofertadas pelo serviço que despertaram o interesse do jovem. De acordo com a Política Nacional de Assistência Social – PNAS e com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS 2005 o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS é uma unidade pública que atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Assim, este centro se configura como uma nova perspectiva de atendimento e desenvolvimento das ações de proteção social básica.

A população do bairro Nova Santa Marta de acordo com os dados do IBGE (2010) é de 12. 722 de habitantes. O bairro é composto por sete vilas e cada vila possui graus diferentes de desenvolvimento e urbanização, tendo em vista o tempo de sua ocupação e ação do Poder Público. As ocupações continuam ocorrendo no Bairro Nova Santa Marta, constituindo um processo de ocupação progressiva. Portanto, vivenciar estes territórios que fizeram e começaram a fazer parte da vida do usuário foi a origem da caminhada. O trajeto seguiu um mapa que foi se desenhando no processo de pesquisa, na imersão semanal e na participação

cotidiana da rotina, dos espaços de convivência, das oficinas e etc. Passos e Alvarez (2009) salientam que habitar essa rotina e vivência nos permite um acesso nas experiências que almejamos investigar. Nesse caso o que parece simples é múltiplo, é um brotar de pluralidades e riquezas que se dá no processo de habitar.

Compreendendo então a cartografia como esse mapa aberto que desenha suas linhas nas conexões traçando a maneira como o pesquisador e participante de pesquisa percebem o mundo, desejos, curiosidades e verdades, “qual é então o caminho que se escolhe um pesquisador quando seu olhar está comprometido com o invisível, com o ínfimo por onde toda exuberância da vida exala?” (ROMAGNOLI; PAULON apud BARROS, 2010, p. 96) .

Nesse sentido a cartografia elenca quatro variedades de atenção por parte do pesquisador, sendo elas: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (KASTRUP, 2009).

O rastreio seria um acompanhar das mudanças, o vai-e-vem do território e uma posição intermediária em meio ao que acontece, dispondo assim, de uma atenção aberta sem foco e antecipação, pois, ao focalizar alguma ação reduziríamos nosso olhar aquilo que poderia se apresentar como inusitado.

O toque é compreendido como um despertar momentâneo, o instante que provoca uma afetação. Entendendo o toque como o movimento de uma onda que se quebra e forma novas ondas com movimentos e existência singulares, o toque “numa pesquisa de campo revela que esta possui múltiplas entradas e não segue um caminho unidirecional para chegar a um fim determinado” (KASTRUP, 2009, p. 43).

O pouso é uma parada e ancoragem momentânea, o fechamento do que foi afetado no cartógrafo pelo rastreio e pelo toque, dando contornos a um novo território. É, em última análise, o trabalho do reconhecimento atento, quando tomamos uma atitude mais investigativa e vamos à busca do que está acontecendo com o que chamou nossa atenção e nos fez pousar, dando visibilidade aos seus entornos. “Ela aciona circuitos, se afastando do presente em busca de imagens e sendo novamente relançada à imagem atual, que progressivamente se transforma” (KASTRUP, 2009, p. 47). Os circuitos são múltiplos e contínuos, revelando a expansão do que foi captado no território. O conhecimento então se torna reconhecimento.

Através da construção desta atenção acessamos um campo, encontros, sentimentos e silêncios e apostamos no dispositivo do acompanhamento terapêutico como uma ferramenta para compor esta pesquisa, já que o método cartográfico e o AT buscam o acompanhar processos inventivos. O estar COM que a cartografia demanda do pesquisador encaixa na proposta do AT de habitar junto ao usuário os espaços do seu cotidiano, como a vivência de uma internação psiquiátrica e seu pós-alta, seu retorno para casa e família, assim como o transitar novamente em sua comunidade.” Sempre que cartógrafo entra em campo há processos em curso. A pesquisa de campo requer a habitação de um território que, em princípio, ela não habita.”(BARROS; KASTRUP, 2009, p.56).

O traçado de minha/nossa vivência foi delineado em um diário de bordo. Nestas escritas cotidianas registrei as expressões e afetações, assim como igualmente revelei minhas reflexões e emoções neste ato de criação. Barros e Passos (2009) salientam que o trabalho de pesquisa caminha junto com o registro em uma narrativa que inclui pesquisador e pesquisados. Narrativa esta que me possibilitou colocar no papel os detalhes, angústias, sofrimentos e alegrias, assim como os caminhos que se cruzaram e seguiram novas direções a cada encontro. Um livro de páginas em branco no qual o tempo e a convivência possibilitaram uma escrita composta por múltiplos autores, pois usuários, profissionais e demais sujeitos envolvidos no campo de pesquisa compuseram em conjunto comigo o ato de pesquisar. Se não de escrita, ao menos de afetar e ser afetado pelo que a potência do encontro suscitou em nossos corpos.

Utilizarei como forma de análise para as experiências produzidas no ato de pesquisa a análise de implicação que pode ser definida por

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, interesse, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade. A análise é, então, o trabalho de quebra dessas formas instituídas para dar expressão ao processo de institucionalização (BARROS; PASSOS, 2009, p. 20).

Desse modo a análise de implicação atravessa o instituído produzindo algo novo. Isso é colocado por conta da inseparabilidade já comentada neste trabalho e que postula que o ato de pesquisar modifica os envolvidos neste processo. Logo, “o

pesquisador está sempre implicado no campo de observação e a intervenção modifica o objeto” (BARROS; PASSOS, 2009, p. 21). Com isso analisa-se a implicação no transitar do campo e no acompanhar dos processos que percorrem movimentos institucionais.

Portanto, para finalizar essa exposição metodológica, utilizarei do pseudônimo de uma pessoa da qual o usuário co-autor desta pesquisa têm grande apreço, no sentido de anonimização do mesmo. Apresento-lhes o querido Sabotage².

² Mauro Mateus dos Santos, popularmente conhecido pelo nome artístico de SABOTAGE. O “maestro do Canção” – referência à favela em que morava - foi considerado uma lenda no movimento *Hip Hop*, tendo iniciado sua carreira em 1988. A escolha por este pseudônimo é pela admiração do usuário por este artista e por ambos, por um tempo, terem frequentado concursos de *rap* na rua.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A VONTADE DE SABOTAR AS PRÁTICAS DE INTERNAÇÃO

Sabotage chega para sua internação na Unidade Paulo Guedes aos 19 anos. Acompanha o médico psiquiatra em direção a enfermaria de um jeito tranquilo, olhar um pouco desconfiado ao mesmo tempo que tenta demonstrar aos profissionais que estão lhe auxiliando, que aceita sua internação. Observo Sabotage apenas de longe neste dia. O que para mim tornou-se quase um modo automático, após alguns meses neste espaço, presenciar o momento da chegada do pessoal no Hospital sem estar necessariamente perto, sem participar da cena. Desisti rápido de tentar realizar um acolhimento mais sensível aos usuários que subiam ao 3º andar do Hospital. Momento bastante importante para algumas dessas pessoas que ligeiramente cobravam esta falha clínica da equipe, Sabotage foi uma dessas pessoas.

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (FERREIRA, 1995) o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender.

Para além de um termo encontrado em nosso dicionário, o *Acolhimento* compõe umas das diretrizes da Política Nacional de Humanização lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, sustentando-se em uma escuta qualificada, construção de vínculo e garantia de acesso. A PNH busca promover maior diálogo entre profissionais, usuários e gestores do SUS, assim como relações mais horizontais e humanizadas entre os mesmos.

Desse modo, atuar buscando o acolhimento é olhar para este encontro buscando os detalhes, o gesto que conforta, o relacionamento harmônico que considera a pessoa que estamos escutando e nos relacionando, logo não é um espaço ou um local, mas uma postura ética (Ministério da Saúde, 2010). É responsabilização mútua. Disponibilidade que constrói uma relação mais próxima entre os personagens envolvidos nestes espaços, ferramenta clínica pouco utilizada na Unidade.

Recordo que demorei cerca de três dias para procurar por Sabotage na Unidade. Enquanto residentes trabalhávamos em um formato de divisão de pacientes por profissionais de referência e núcleos profissionais, Sabotage não era meu paciente de referência assim como não era atendido por mim enquanto psicóloga residente. Fato que me fazia não ter motivos, avaliado em reunião de preceptoria³, de realizar qualquer tipo de intervenção de cunho individual com o mesmo. O desejo por conhecer um sujeito que têm uma história e que passará junto comigo longos dias dentro de um saguão branco, rodeado de grades, sem muitas opções ofertadas pela Unidade de atividades e aproveitamento do tempo, não é considerado como um bom tempo “gasto” pelo residente. Apesar destas questões e desencontros de opiniões, eu poderia escolher como exercer minhas 40h semanais dentro da internação e algumas delas foram junto de Sabotage, quando o mesmo permitiu.

Nossa aproximação não aconteceu tão fácil, de início ele cobrou o porquê de só agora, depois de alguns dias, eu querer conhecê-lo. “Estou aqui te vendo passar pelo corredor faz uns dias, agora eu não estou muito afim. Sinto sono.”[sic]. Primeiramente não insisti, por não achar necessário já que ele estava em atendimento psicológico com minha colega, e por falta de desejo também. Depois de uns dias, Sabotage ficou internado por quase 5 meses, resolvi tentar novamente ao vê-lo sentado sozinho em uma das mesas do refeitório. Neste dia, à tarde, tínhamos um momento de música na Unidade, atividade que realizamos enquanto equipe da residência que era um espaço com música escolhidas pelos usuários e onde servimos um cafézinho. Faço para Sabotage apenas uma pergunta: Que música tu curte? Quando ele responde que sua preferência musical é por Rap nossa região de contágio acontece. Eu curto Rap também e isso se torna minha ferramenta de aproximação.

Sabotage participa da atividade e após o término da mesma procura-me para conversar. Questiona minhas preferências musicais, o porque eu gosto de rap e conta que escrevia rimas, assim como já havia participado da Batalha dos Bombeiros, movimento conhecido na cidade. Para além das coisas em comum que encontramos um no outro, o que me chamava atenção no discurso do menino era os

³ Espaço semanal destinado pelo Programa Pedagógico da Residência para reunião entre residentes e seus chefes/responsáveis (preceptores) nos campos de atuação.

verbos conjugados no passado. Sabotage trazia na sua fala um distanciamento de vivências recentes, como estar com a galera na praça e escrever suas rimas. A expressão facial e corporal dele denunciavam que ele já colocava toda aquela sua vida em um passado que não acessaria mais. Não tinha força para desejar experienciar as mesmas ou outras situações de vida. Dias de internação causam um apagamento do sujeito que dói de assistir. E depois de um tempo de trabalho lá dentro parece que tentar provocar uma fissura neste ciclo de assujeitamento e falta de esperança em uma vida “lá fora”, é quase uma violência com os usuários e com gente. Explico.

Não raras foram as vezes que intervenções com os usuários, oficinas, diálogos e provocações da equipe multiprofissional acabaram sendo “barrados” pela equipe médica e da enfermagem. Tornava-se dolorosos o processo de frustração dos usuários quanto aos sonhos e desejos construídos conosco e desmotivados pela outra parte da equipe, e com Sabotagem não foi diferente. A escrita das rimas por exemplo que estávamos praticando durante alguns minutos do dia foi vista como um possível incentivo ao jovem querer retornar a “vida das drogas”, já que era com os amigos da “sexta a noite” que ele produzia suas canções. Seus gostos e prazeres eram-lhe tirados a cada consulta, quando o psiquiatra afirma que o menino nunca mais poderá frequentar a noite, as antigas amizades, o espaço da pracinha da comunidade e a rua. O garoto a partir desses enunciados só se autoriza sentir e querer o que lhe é imposto e o que seu diagnóstico permite.

O pensamento da lógica proibicionista como intervenção em saúde coloca como solução para o (ab)uso de substâncias a abstinência forçada aos usuários. Abstinências que podemos pensar que se perpetuam para além da droga em si, pois em virtude do afastamento da substância as proibições de espaços, sociabilidade, rua e culturas consideradas marginalizadas também começam a compor esta lista de “riscos” ao retorno do uso. Tal modo de pensar por vezes mascara o conservadorismo de nossa sociedade, encontrando suas raízes na moral-religiosa e na segregação racial, financeira e geopolítica (FERNANDES, 2015)

Em contrapartida a este movimento proibicionista há uma outra oferta de cuidado baseada num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos, onde se reconhece a autonomia e a responsabilidade pessoal dos usuários, individualizando as maneiras de tratar os mesmos observando as variáveis

complexas que envolvem a vida e história de cada sujeito. A Redução Danos aposta no compromisso ético dos profissionais no sentido que estes estarão com disponibilidade de presença para compor junto aos usuários caminhos e intervenções facilitadoras e não coercitivas, e estruturadas para servir as necessidades dos usuários onde eles estão ou vivem e no tempo que o sujeito consegue se permitir, apostando na capacidade que cada um tem de fluir.

Durante a trajetória de cada um, em diversas situações, escolhemos um entre os diversos caminhos disponíveis para trilhar. Se apostarmos que conseguiremos ofertar outras possibilidades aos nossos usuários ao invés de retirá-los totalmente do seu mundo, realizando nosso compromisso político de preparação e facilitação deles para a vida pública, talvez tenhamos mais sucesso em intervenções que respeitem o direito de estar, ficar ou sair do lugar que trilharam até o momento da crise.

Um único saber ou apenas um núcleo profissional, ou ainda, apenas a soma de profissionais centrados nos saberes que dominam cientificamente consegue dar conta da demanda de cuidado que esses sujeitos expressam? Precisamos de agentes de saúde que atuem para além dos seus núcleos profissionais e consigam fazer conexões que escapem do que já está estabelecido, possibilitando o aprendizado e incorporação de outras formas de cuidar, como o cuidado e conhecimento popular, da rua, entre outras tantas práticas de saúde que temos conhecimento. Conexões com o saber do usuário, compondo uma pluralidade de formas de agir diante da singularidade de cada caso e contexto.

É nesse sentido que precisaríamos funcionar, atravessados pelos saberes que possam nos permitir atuar e sustentar nossas práticas, interpelados pelo que já está instituído e pelos movimentos instituintes, numa articulação entre os profissionais da equipe e os usuários.

Dessa forma, podemos perceber os espaços dos serviços de saúde como:

Lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos/poderes, com seus fazeres e saberes, permite abrir nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde (MERHY, 2013, p. 257)

Lancetti (2009) em seu livro *A Clínica Peripatética* nos conta sobre a experiência que ocorreu em Santos - SP na criação dos NAPS, onde podemos acompanhar os impasses e deslocamentos que os profissionais precisaram realizar para ir além dos muros do manicômio. A perspectiva era a de trabalhadores integrados e que ultrapassaram as fronteiras de seus conhecimentos e núcleos profissionais em prol de um cuidado em liberdade. No texto, Lancetti (2009) apresenta cenas como a do psiquiatra que deixa sua sala para cortar as unhas de pacientes ao ar livre e terapeutas ocupacionais contendo estados de fúria apenas com afeto.

Com isso, a proposta era de uma sociedade sem manicômios e, para que essa revolução realmente se concretizasse, diversos profissionais entraram em cena literalmente como atores de um processo em que se permitiram ter coragem, disponibilidade e trabalho em equipe. O rompimento com a lógica manicomial moveu nestes agentes

Uma experiência de desconstrução de sua formação profissional e de sua subjetividade e por uma associação a outros mentaleiros [...] as mudanças não eram só de paradigmas ou de formas de pensar, de uma ou outra maneira a vida de cada um dos protagonistas se transformou (LANCETTI, 2009, p.44)

Quando considerarmos que todos os saberes são igualmente importantes, ultrapassaremos as fronteiras da centralização e das especialidades possibilitando articulações e complementações de todas as disciplinas que estão em jogo nestes espaços institucionais, além de extrapolarmos a lógica da hierarquia de saberes.

4.2 SABOTAGEM DO MEU FAZER

Não recordo de algum momento Sabotage reclamar ou contrariar esta hierarquia e subordinação que pairava na Unidade. Fato que me incomodava, às vezes até sentia raiva por ele estar tão apático, com o tempo percebi que a raiva era de mim por eu estar acomodada frente a tanta coisa no ambiente de trabalho. Pensei que iria fazer muitas coisas, e coisas grandes dentro da psiquiatria. Achei que iria ser forte e resistente e não fui. Queria cobrar isto de Sabotage. Com que direito? Percebi isso depois de um longo tempo com ele, nas andanças e desencontros que tivemos durante a pesquisa. Talvez esse apagamento fosse mais uma região de contágio entre eu e ele. E confesso, foi a mais difícil de perceber e

depois continuar perto, tentando se mover.

Tentei continuar próxima e tentei fazer com que Sabotage reagisse ao longo dos seus quase cinco meses de internação. Forçava minha presença, fazia com que fosse comigo no pátio nos momentos de sol, tentava insistir em uma cantoria ou um passo de dança. Sabotage só queria ficar só ou dormindo e eu não soube reagir a esta atitude. Fiquei chateada e decepcionada com a falta de ânimo dele para tudo e então silenciei. Por dias meu silêncio encontrou o dele nos corredores e apenas um olhar bastava como cordialidade.

Como contei, demorei para entender porque o apagamento de Sabotage me incomodava e porque desejei tanto que ele tivesse qualquer reação frente ao processo de internação que estava vivendo. O menino era o meu reflexo. Ele era eu, apática e sem querer se movimentar, apenas esperando o tempo que faltava para concluir aquela etapa da vida, no meu caso esperar os dias da residência naquela Unidade chegarem ao fim. Estava tão amarrada quanto aqueles usuários. Eles por uma, duas, três forças físicas e ideológicas, e eu? Nem sei dizer o que me fazia ficar parada sem ação. Posso ter me sentido intimidada pelos outros profissionais e pela lógica da instituição? Penso que sim, e quando me dei conta disso senti vergonha. Fiquei com este sentimento porque Sabotagem não reagia, ou reagia do seu modo, por conta de medicamentos, rotina, estar longe de casa, ter recebido um diagnóstico aos 19 anos que mudaria seu curso de vida. Eu, uma experiência profissional não muito boa.

Meu olhar estava no terreno do visível. Olhar insuficiente que não consegue perceber o sujeito que habita o corpo em questão, olhar raso e superficial. Olhar que não vislumbra a complexidade e as outras dimensões de vida que pulsam em um corpo (FRANCO; GALAVOTE, 2010). Assim estava minha visão para Sabotage, um corpo “doente” por seu comportamento sem vida e sem voz. Um corpo passível a intervenções de alguém que olha de cima. Não do lado, não junto com ele. Eu ainda não estava com ele neste processo.

Há outras formas de se olhar para esses sujeitos? Sim, há outras maneiras de fazer conexões com esses corpos que merecem reconhecimento. E esta é a proposta abordada lindamente no texto de Túlio Franco e Heletícia Galavote (2010) “Em busca da clínica dos afetos”. Ao discutir a insuficiência do modelo hegemônico de conceber saúde e compreender os sujeitos, a escrita menciona a história de um

jovem chamado JR que havia recebido um prognóstico de seis meses de vida e nada nem ninguém consegue se conectar com o jovem que recusa qualquer tipo de ajuda e tratamento.

A impossibilidade de comunicação é quebrada quando um profissional em saúde visita JR e não se dirige a ele como um corpo doente necessitando de ajuda para tratar suas feridas

Ela buscou se conectar com JR a partir de um tema, a esperança, o desejo de viver, os aspectos subjetivos que pudessem ativar forças até então inertes, algo que despertasse nele mesmo uma potência de vida. Era como se soubesse que, a superação de uma dada situação de fragilidade física e subjetiva, se daria pelo aumento da sua potência vital e isto seria conseguido pelo próprio JR, pois somente ele para encontrar o ponto de conexão com a vida (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 3)

O que podemos perceber com o breve fragmento do caso, é que o reconhecimento do sujeito que foi dado pelo profissional, despertou em JR o desejo de cuidar de si. Autonomia lhe acionou uma capacidade reinventiva para lidar com a fragilidade de seu corpo. Autonomia para permanecer em silêncio que eu não estava respeitando em Sabotage. A doença não é para ser rotulada como um fato diminutivo e negativo, mas como uma experiência que abre possibilidade de inovações para a vida do sujeito. Estar doente e conseguir recuperar-se é entendido como saúde. Neste sentido “o que caracteriza a saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2009, p. 77).

A reação acontece quando há afetação na relação com o outro, relações que se constroem no âmbito do trabalho e cuidado em saúde, mas para isso, necessita ser mais que uma observação. Exige uma escuta envolvida por parte dos profissionais e um olhar polissêmico para capturar a complexidade das relações estabelecidas.

Às vezes, quando falamos em afetos, parece algo utópico, mas não vejo como fugir da afetação e do envolvimento quando trabalhamos com pessoas e sujeitos em sofrimento, como encontramos grande parte dos usuários

Os afetos produzem em cada um, efeitos que são singulares e em um dado espaço e tempo que também são únicos. Isto significa que o mesmo sujeito vai se modificando, na medida em que o vivido e experienciado o conduz a

permanente produção de si mesmo (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p.11).]

Como se deixar afetar e estar disponível para a experiência do novo, do incomum? A partir de uma outra maneira de significar o corpo, olhado de forma horizontal, de sujeito para sujeito, podemos compreender que a concepção que temos de corpo diz de nossas atuações e práticas em saúde. Isso me remete à concepção de tecnologias leves de Emerson Mehry (2013), em que ele as situa como atos em saúde que estão colocadas no vínculo, na relação, na troca entre os agentes e usuários. Nessa lógica de funcionamento poderíamos pensar em um poder sobre a vida atenuado, em um trabalho que se oriente na tecnologia relacional que possibilite aos sujeitos poderem viver suas vidas e suas saúdes com certa margem de segurança e abertura ao risco, contando conosco como um suporte técnico-afetivo para os momentos em que considerar necessário.

O tempo de internação de Sabotage foi quase o tempo que eu precisei para perceber e aceitar que ele estava no seu direito de ficar em silêncio, que a forma que ele escolheu para reagir a tudo foi aparentemente aceitar e deixar o fluxo seguir como seu pai e seu médico consideravam certo, e que isto não estava errado, e eu não seria a pessoa que “abriria seus olhos” para o mundo. Doce e arrogante ilusão de que temos este poder. Demorei mas compreendi que era Sabotage quem iria decidir se eu seria, e quando seria, um suporte necessário. Assim prosseguimos e eu comecei a deixar que o tempo conduzisse nossos encontros, me mantive como uma disponibilidade de presença.

E o tempo nos aproximou nos longos dias de internação que seguiram, algumas rimas escritas de modo clandestino, alguns trechos de sua história que ele desejava contar-me, muitas disputas na mesa de ping-pong e alguns sorrisos. Em uma dessas tardes de jogatina Sabotage narra seu desejo de seguir estudando e fala do medo de não conseguir aprender mais nada já que é louco. “ Louco é burro, por isso não estuda e nem trabalha.” [sic]. Sabotage estava repetindo palavras que escutamos diariamente na Unidade dos outros pacientes. O rompimento com algumas situações comuns na vida de qualquer sujeito e que agora tornam-se mais difíceis de dar prosseguimento ou início no caso dele, já que narrou o desejo por iniciar um curso técnico. O garoto preocupava-se com seu corpo que ele sentia pesado e com o sono que não o deixaria acompanhar as aulas. Para além do receio

de falha nos estudos Sabotage preocupava-se com a relação com seu pai. Os dois residiam juntos e era o pai o responsável por seus cuidados. Ele conta-me que seu pai é “muito preocupado” e por isso não o deixa “fazer nada” por medo que ele “piore da doença”. Este dia recordo que fiquei muito contente por ele ter compartilhado comigo algumas angústias e um pouco de sua história, porém fiquei preocupada por ele estar praticamente de alta, iria embora na manhã seguinte. Minha preocupação era pelo motivo dele ter apresentado várias questões que poderíamos ter trabalho e negociado com ele, com o pai e entre equipe. No seu tempo, ele decidiu por compartilhar.

Procurei juntamente com Sabotage sua psiquiatra para conversarmos sobre essas questões que o afligiam, primeiro porque ele tinha o direito de conhecimento de seu corpo e de suas medicações, era ele quem poderia denunciar os sintomas negativos das drogas e era importante que ela esclarecesse os efeitos destas no ritmo de vida do menino. Segundo, eu sabia do “peso da palavra” do médico para o pai de Sabotage, não só para ele, mas na comunidade em geral, e pensamos que se a médica talvez explicasse para o pai dele que Sabotage poderia continuar, talvez com algumas estratégias, uma rotina de um garoto de 19 anos, o pai ficaria mais tranquilo em relação ao cuidado do filho. Tentativa frustrada de diálogo com a médica, resolvemos procurar minha colega de equipe multiprofissional que era profissional de referência do caso. Sabotage não tinha um vínculo próximo dela e a mesma não sabia dos desejos e receios dele, mas mencionou ter uma boa relação com o pai dele, aceitando conversar com o mesmo no momento da alta e pedir para realizarmos uma alta assistida com Sabotage para que o mesmo conhecesse o CAPS II da cidade.

4.3 SABOTAGE NA RUA

Os CAPS são serviços substitutivos oriundos da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995), que substituíram o antigo modelo focado nos conhecidos hospitais psiquiátricos, fortalecendo uma nova rede de atenção à saúde mental, possibilitando às pessoas viverem em comunidades e criarem laços sociais. Pensamos no espaço do Caps após eu comentar com Sabotage algumas possibilidades de inserção em grupos que imaginava, pelo tempo que estivemos

juntos, que ele fosse gostar e compreender mais sobre si, como o Grupo GAM⁴, Oficina da rádio e o Grupo da horta. E ele aceitou a proposta bastante esperançoso com a idéia de um novo tipo de circulação e convivência com outras pessoas. Conversamos sobre a possibilidade de construção de outras estratégias de recomeço após seu período de internação, desde o novo trajeto de ônibus para ir ao Caps, o não ficar em casa todos os dias, as pessoas que conheceria e poderia criar laços bacanas de amizade e conforto, assim como seguir seu cuidado clínico em um serviço de saúde público, já que não ficaria vinculado ao serviço do ambulatório do Hospital.

Gastão Campos (2012) traz contribuições interessantes no sentido de pensarmos no processo de empoderamento e construção de autonomia dos sujeitos. “Para a teoria Paidéia a autonomia é a capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com desejo, interesse e valores de outros sujeitos” (CAMPOS, 2012, p. 62). A teoria Paidéia aborda que as pessoas sofrem ações e influências do contexto em que estão inseridas, mas também agem sobre ele, interagindo em um processo de corresponsabilidade de construção deste conjunto. Da mesma maneira ocorre na dinâmica saúde-doença, onde há capacidade de reflexão e intervenção sobre si mesmo e o mundo. O processo de saúde e do adoecer são manifestações da vida, do cotidiano, experiências singulares, não passíveis de previsão objetiva. O que a teoria Paidéia enfatiza é um apoio para que estes sujeitos consigam desenvolver condições de autonomia, tornando-se capazes de refletir e intervir sobre os fatores a que estão expostos, atuando sobre as multiplicidades de fenômenos que condicionam sua saúde. “Promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor” (CZERESNIA, 2009, p.5). Um processo gradativo e contínuo de coconstrução entre os serviços de saúde e os usuários para uma ampliação de capacidades de autogestão, sendo na gestão do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade.

Neste mapa que Sabotage começou a desejar traçar e me permitiu estar junto, conhecemos e convidamos para estar conosco o terapeuta ocupacional do

⁴ Grupo que desenvolve um trabalho com os usuários utilizando como instrumento o Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM Sugestão de texto para maior conhecimento/ aprofundamento sobre este dispositivo:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003

Caps II da cidade. Charles⁵ seria nosso companheiro de caminhada e referência profissional entre o serviço Caps e Sabotage, dando continuidade ao seu cuidado integral para além da proposta desta pesquisa. Em uma conversa já no serviço do Caps, explicamos para o mesmo como seriam feitos nossos encontros e que as possíveis rotas surgiriam de seu próprio planejamento de vida, o que vinha pensando para si mesmo com relação a seu futuro e sua relação com os espaços que vive.

Enfim, marcamos o primeiro dia para nos encontrarmos com Sabotage fora do ambiente da internação e do Caps. Pensamos na praça da cidade, a Saldanha Marinho, por recordar um comentário onde o menino desejava ver o movimento das pessoas circulando pela neste local dizia ele que gostava daquele vai e vem. Esperamos. Esperamos. E... nada. Sabotage não apareceu no primeiro dia. Naquele momento ainda não sabíamos, mas após telefonar para o pai dele entendemos que havia certa dificuldade do jovem ir até o centro da cidade por uma questão financeira, o valor da passagem tinha um custo significativo para eles. Remarcamos nosso encontro para próxima semana, e assim ocorreu.

Caminhando ao encontro de Sabotage novamente na praça, acabamos por nos cruzarmos no “calçadão”, lugar próximo àquele, onde o jovem estava olhando as vitrines das lojas. Foi um sentimento gratificante ver ele ali, circulando “entre os ditos normais” no seu ritmo e escolhendo o que olhar, quando parar, quando seguir adiante. Compartilhamos, naquele encontro ao acaso na cidade, um território. Pode parecer pouco para alguns, mas o simples fato de poder cruzar com Sabotage numa esquina já nos diz sobre os novos discursos de uma política de saúde mental, mesmo não podendo deixar de considerar que barreiras ainda existem, como na semana anterior o jovem não pode comparecer por uma questão financeira.

Como estávamos abertos a experimentar os desejos de Sabotage o seu primeiro movimento foi de querer fazer um novo documento de identidade, pois havia perdido o seu durante a internação e era algo importante para ele poder conseguir sua carteira de passagem, garantindo a gratuidade de sua locomoção via ônibus para seu tratamento e outros movimentos que desejasse. Sendo assim, o acompanhamos até o Posto de Identificação do município para pedir uma nova via

⁵ Pseudônimo para meu colega de pesquisa em referência a Charles Baudelaire, que desenvolveu um significado para palavra flâneur como "uma pessoa que anda pela cidade a fim de experimentá-la"

do documento, e nesse percurso pela cidade fomos conversando sobre o que ele gostava e gostaria de fazer.

Voltar a estudar, trabalhar, comprar algumas roupas novas, ir na pracinha com a gurizada. Sabotage nos apresentou as suas vontades aparentemente comuns àquela idade, assim como reclamou muito do cansaço que sente frequentemente em seu corpo e a falta de vontade em fazer algumas coisas que costumava a realizar anteriormente à sua internação. Ele conta que era um jovem ativo, tinha amigos com que bebia, curtia a noite e fumava... hoje, não possui mais contato com estas parcerias e diz não ter forças para concretizar as mesmas atividades que realizava no passado. A internação, segundo o que fala, tirou essa força. Sabotage, desterritorializado de seu cotidiano após sua primeira crise, agora reflete sobre as mudanças que ocorreram e compartilha conosco seus sentimentos e também seus novos anseios. Lembro que ficamos contentes, meu colega e eu, em presenciar o jovem transitando pela rua narrando desejos

Nunca desejamos só uma coisa, desejamos sempre um conjunto de coisas. Por exemplo, uma mulher não deseja apenas um vestido, mas deseja também pessoas olhando para ela, deseja uma festa onde possa usar o vestido, deseja uma cor, uma textura; um músico não deseja apenas um bom instrumento, ele quer harmonia, sonoridade, uma plateia, um lugar, etc. Dessa forma, o desejo vem sempre agenciado. Nessa concepção, o desejo cria territórios, pois ele faz uma série de agenciamentos. (HAESBAERT; BRUCE, p.8 2002)

Na tentativa de facilitadores da relação de Sabotage com o território que ele deseja compor, instigamos que o mesmo experimentasse repertórios a partir do que fosse anunciando, como por exemplo, voltar a estudar e a trabalhar. Em um dos ATs seguintes vamos juntos até uma escola a qual ele mesmo já havia se informado que ofereceria provas para que pudesse concluir o Ensino Médio. Os novos “primeiros passos” sozinho o jovem já estava dando e nos pediu companhia para ir até a escola apenas como um asseguramento que não desistiria do processo. E este momento foi importante para eu e o Charles pois estávamos preocupados em estar desejando coisas por ele, perguntávamos quase todo tempo se não estávamos tentando colocar o jovem dentro de outros padrões, dos nossos modelos de estudo, trabalho e lazer.

A consequência de um espaço conquistado, no momento nosso lugar de acompanhantes, é um controle e certa organização de um processo contínuo que caminha em direção a tutela do usuário. A intenção de normatizar uma massa,

controlar gestos e maneiras de ser, é detectada em momentos da história mais antigos, embora mascaradas de outras formas. Foucault (1979) expõe que na Antiguidade o príncipe recebia conselhos de como deveria se portar, exercer seu poder, conquistar o respeito de seus súditos, além de como introduzir nos homens a lei de Deus. Entre o desenrolar do século XVII e XVIII, esse modo sutil de poder ultrapassa os conselhos ao príncipe e torna-se uma arte de governar. O governo transita entre algumas questões, o governo de si mesmo referido à moral, o governo das almas e condutas e, talvez o mais importante: “o problema de como ser governado, por quem, até que ponto, com qual objetivo, com que método, etc.” (FOUCAULT, 1979, p. 278).

Recordo disso como algo bem marcante, a nossa preocupação em estar ao lado dele e não deixar transparecer o que eu e Charles desejávamos ou pensávamos ser uma vida saudável e boa. É estranho o não saber como fazer, o desejo e necessidade de intervir e sabermos que estamos intervindo de um jeito certo com o outro, penso que tanto o At como o método cartográfico possibilitam esse desenquadre e abre possibilidades de criação de outros formatos de estratégias clínicas, um repensar contínuo e atuante que produza modos instituintes (LOURAU, 2004) de um trabalho vivo que se produz em ato (MEHRY, 2013).

Com Sabotage passamos a frequentar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de sua região, pensando em aumentar seus repertórios, seus vínculos e interesses, já que dentro das funções do CRAS existem as oficinas abertas ao público. Assim como pensamos que o serviço poderia ser mais um ponto da rede e um novo nó de apoio na continuidade deste mapa, acreditando que uma das potencialidades do dispositivo do Acompanhamento terapêutico é o fortalecimento desta rede de saúde no território.

Para nossa surpresa e alegria havia no serviço uma Oficina de Hip Hop, o que poderia resgatar em Sabotage seu gosto pela escrita das rimas e talvez um movimento em seu corpo. O jovem curte a proposta ao lermos no cartaz do serviço as possibilidades de atividades e menciona que dançando hip hop poderia emagrecer e voltar ao seu peso anterior aos meses de internação, assim como nos conta que gosta de usar camisetas justas. Ao narrar isto ele fica com o rosto vermelho e sorri dizendo que não usa mais este tipo de roupa por estar cada dia mais “gordinho”.

Em nossa sociedade certos padrões de beleza, como o corpo magro, por vezes torna-se um símbolo sinônimo de juventude e vida saudável, assim como o significado de uma imagem atraente aos olhos de uma possível relação de “paquera”. O sujeito/corpo que se encontra fora do retrato muitas vezes engendrado pela grande mídia, que investe em propaganda e propagações do mesmo como um instrumento passível de adequação e ajustamentos, pode ser visto como alguém que abandona o cuidado de si.

Castro (2005) afirma que no mundo humano a experiência corporal é invariavelmente atravessada pela violência cultural tornando-se uma fonte de símbolos, construção de identidades e estilos de vida. Podemos ousar em dizer que o corpo é sempre território da cultura.

Eu e Charles olhamo-nos e sorrimos também, apesar desta discussão corpo/padrão/, estamos contentes dele manifestar certa preocupação estética e vaidade. Frequentamos a oficina de Hip Hop durante 3 semanas consecutivas, a atividade era ofertada dois dias da semana no serviço. Neste tempo houve um dia que nos desencontramos de Sabotage e felizmente ele não esperou por nós, indo sozinho a aula.

4.4 SABOTAGEM TERAPÊUTICA?

Recordo do encontro que tive com Sabotage após este dia em que o mesmo foi ao CRAS sem nossa companhia. Uma sensação estranha de desconforto pairava em mim e egoistamente fiquei um pouco triste em perceber que ele já estava caminhando sozinho. Contardo Calligaris (2008) já dizia em recado aos jovens terapeutas que não escolhessem a profissão esperando devoção e reconhecimento eterno e que a dependência dos mesmos era uma contraindicação a um bom trabalho. Por mais que lutemos e cotidianamente trabalhemos em prol de um cuidado em liberdade e libertador escorremos em nossos manicômios mentais, como já dizia o filósofo Peter Pal Pelbart (1990), e acabamos exercendo certo impulso de tutela com os usuários da saúde mental.

Complicado admitir que por minutos considerei uma surpresa o jovem ter conseguido se mover sem necessidade de auxílio de um profissional, logo eu que sempre julguei os colegas que defendiam discursos de invalidez ou incapacidade cognitiva e social nos sujeitos com transtorno mental, mas essa talvez seja a parte

bonita e ética de nosso trabalho, uma construção e desconstrução sempre inacabada, e cotidiana... Ética como atitude crítica de si mesmo, exercício constante de rupturas necessárias para arriscarmos diante dos acontecimentos (TEDESCO; RODRIGUES, 2009).

No mesmo dia em que Sabotage foi sozinho a aula ele decidiu outras coisas para sua caminhada e contou-me algumas delas enquanto estávamos na biblioteca do CRAS. Primeira decisão foi ele ter decidido tentar estudar pelo turno da noite já que sentia muito sono durante o dia, esta foi a primeira estratégia que ele pensou para seu novo formato de vida. Segunda decisão ele queria trabalhar e optar por um emprego meio turno ou algo “leve”, já que seu corpo estava sempre cansado. Terceira decisão queria me ensinar xadrez. Isso ele diz ter pensado enquanto esperava por sua aula de hip hop, pois nas mesas que estão ao ar livre no CRAS há o desenho de tabuleiro.

Carvalho (2004) aborda o ‘*empowerment*’ dentro de uma concepção psicológica e comunitária. A noção individual e psicológica entende o ‘*empowerment*’ como um sentimento que os indivíduos experimentam de maior controle sobre si e sua vida de maneira independente e autoconfiante. De outro modo, a noção comunitária de “*empowerment*” salienta que este conceito tem um forte cunho político e discute o poder como um recurso, material ou não material, que está distribuído de maneira desigual entre a sociedade e seus grupos de interesse. A partir disso, o empoderamento pode ser “um processo, e um resultado de ações que afetam a distribuição do poder (...) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas” (CARVALHO, 2004, p.5).

Logo, o empoderamento é um processo de ruptura e resistência com lógicas institucionais, resistência como oposição aos modos dominantes e ruptura ao desestabilizar a norma e a ordem estabelecida a priori. Nesse sentido, “a resistência também poderia ser concebida como apelo ao novo ou mesmo como possibilidade de questionar o enquadre” (CANAVÊZ; HERZOG, 2011, p.5). Possibilidade de seguir construindo seu território era o que enxerguei em Sabotage aquela tarde e penso que ao me convidar para uma partida de xadrez, algo que ele me ensinaria, era um modo dele sinalizar isto para mim depois de alguns meses de encontros.

Era o momento de eu começar a me retirar e deixar com que ele continuasse, agora já com outras redes e relações de apoio. Nossos desejos, meu e do Charles, e os anseios do mundo de algum modo se cruzam com os de Sabotage, e então

compreendemos que desses *nós* é necessário pensar nas vibrações que se criam e se moldam desses encontros

No lugar de imagens a priori em torno das quais se reconfiguram as subjetividades desterritorializadas, o que se pode vislumbrar são modos de existência singulares e heterogêneos. Tais modos se criam em função do mapa de intensidades 18 que vai se traçando neste denso processo de hibridações ao qual assistimos em nossos dias. Isso requer, no entanto, que se escute o Corpo sem Órgãos, o que implica em desenvolver um ouvido atento à emergência das formas de expressão, um ouvido que consiga deixar de ficar sintonizado exclusivamente seja com significados, seja com significantes, seja com ambos. (ROLNIK, p. 10, 1996)

Com a cartografia e o AT não existe um ponto de chegada definido de antemão, há uma construção de subjetividades e de novos territórios. Sabotage mesmo com seus relatos de cansaço e desestimulação se propôs a entrar nessa produção conosco e pela afetação entre ele e nós, a gente e o mundo, tem desejado e está a construir algo novo para si.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que foi apresentado ao longo desta escrita no papel e inscrito como experiência para mim, foi um pouco do que consegui articular e posicionar de modo construtivo e compartilhável, e possivelmente diversas questões ainda se abrirão.

Ao relatar os encontros com Sabotage fomos pontuando as suas vivências nos territórios que foram sendo criados e os caminhos que foram sendo traçados, que tinham como referência seus desejos, suas vontades e também os momentos de não não-vontades. Fomos nos permitindo experimentar junto a ele como cartógrafos-aprendizes, questionando frequentemente nossa clínica em busca de uma postura ética enquanto trabalhadores de saúde.

O mapa construído até este pouso cartográfico e que seguirá desenhando suas linhas num traçado contínuo, não tinha um ponto de chegada a priori e isto nos possibilitou junto de Sabotage repensar nossas próprias ferramentas teóricas e práticas, produzindo uma construção de outras formas de ser e compreender na diferença o que há de mais radical no ser humano, sua singularidade.

Nossa ânsia em saber se esse jovem habitaria outros territórios e outros modos de vida, se criaria desejos e quais seriam, se conseguiria realizá-los após sua alta hospitalar e na bagagem um diagnóstico de transtorno mental, toda esta intenção de pesquisa e de estar junto com ele nestes momentos nos demonstrou que não são simplesmente lugares, pessoas, instituições, oficinas e intenções por si só que produzirão alguma coisa. É na relação entre o sujeito e o mundo que se produz outras e novas formas de habitar e viver.

Não concluímos, apenas destacamos que estar disponível como uma presença atenta, afetiva e técnica é nosso papel enquanto profissionais da saúde, e que sustentar esta postura ética perante estes usuários pode facilitar essa relação onde os sujeitos encontram meios de invenção de vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial.** São Paulo: Fiocruz, 2007. 117p.

BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: **Pistas do método cartográfico: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade/ Orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, e Liliana da Escóssia- Porto Alegre: Sulina, 2009.**

CALLIGARIS. Contardo. **Cartas a um jovem terapeuta: Reflexões para psicoterapeutas aspirantes e curiosos.** 3º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CAMPOS. Gastão Wagner de Souza. **Clínica e Saúde Coletiva Compartilhada: Teoria Paidéia e Reformulação ampliada do trabalho em saúde. Tratado de Saúde coletiva/ Gastão Wagner de Souza Campos... Et al. Segunda Edição Rev. Aum. São Paulo. Hucitec, 2012.**

CANAVÊZ, Fernanda; HERZOG, Regina. **De Freud a Deleuze: os descaminhos da resistência.** Paidéia. jan.-abr. 2011, Vol. 21, No. 48, 111-118.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, M. R. O., Oliveira, P. T. R. e Piani, P. P. F. (2016). **Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. Saúde em Debate, 40(109), 86-99.**

CARVALHO, Sérgio Resende. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

CARVALHO, Sérgio Resende; FERIGATO, Sabrina Helena. **Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões.** Interface - COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo.** São Paulo: Annablume – FAPESP, 2007.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p.39-53.

CZERESNIA, Dina. **Os sentidos da Saúde e da Doença.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2013.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa: filosofia prática**. Trad. Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. (Coleção Loucura e Civilização).

FERNANDES, Luciana. **Drogas: proibicionismo, redução de danos, anti-proibicionismo e horizontes**. CAPTURA CRÍPTICA: direito, política, atualidade. Florianópolis, n.4., v.2., jan./dez. 2015

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. SÃO PAULO: Folha de São Paulo, 1995. 687p.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. SÃO PAULO: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1979, p.295.

FRANCO, Túlio Batista; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Em Busca da Clínica dos Afetos, in, FRANCO, T.B. & RAMOS, V.C. "**Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**". Hucitec, São Paulo, 2010.

HAESBAERT, R.; BRUCE, G. **A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari**. GEOgraphia, Niterói, v. 7, 2002.

KASTRUP, V. O funcionamento da Atenção no trabalho do cartógrafo. In: **Pistas do método cartográfico: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade/ Orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, e Liliana da Escóssia- Porto Alegre: Sulina, 2009.**

KIRST, P. G.; GIACOMEL, A. E.; RIBEIRO, C. J. S.; COSTA, L. A.; ANDREOLI, G. S. **Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis**. In: T. M. G. Fonseca & P. G. Kirst (Orgs.), Cartografias e devires: a construção do presente (pp. 91-101). Porto Alegre: UFRGS, 2003.

LANCETTI, Antônio. **Clinica Peripatética**. São Paulo, Hucitec, 2009.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde coletiva. In **Tratado de Saúde coletiva/ Gastão Wagner de Souza Campos... Et al. Segunda Edição Rev. Aum.** São Paulo. Hucitec, 2012.

LOURAU, R. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec; 2004. 287 p.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. Psychê,

Ano X, nº 18, São Paulo, p. 115-127, set. 2006.

PASSOS, E.; ALVAREZ, J. Cartografar é habitar um território existencial. In: **Pistas do método cartográfico: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade/** Orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, e Liliana da Escóssia- Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, P. P.. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio. **Saúde Loucura**. n.º 2. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

PELBART, P. P. **Poder sobre a vida, potência de vida. Lugar Comum**, no 17, p.33-43, s/a.

Política Nacional de Assistência Social / PNAS 2004
http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS_2004.pdf

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS/ 2010.

http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/10_0378_final_acolhimento_e_classificacao_de_risco_ue.pdf

ROLNIK, S.; **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo.** Edição revisada com novo prefácio, Porto Alegre, Sulina, v.1, 2006.

ROMAGNOLI, R. C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida.** Psicologia & Sociedade; 21 (2): 166-173, 2009.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; PAULON, Simone Mainieri. **Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos.** Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, Ano 10, N. 1, p. 85 - 102, Primeiro Quadrimestre de 2010.

TEDESCO, S.; RODRIGUES, C.; Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo. In: S. Tedesco, M. L. Nascimento (Orgs). **Ética e subjetividade: novos impasses no contemporâneo.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

TRAPÉ, T. L. & CAMPOS, R. O. (2017). **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação.** Revista de Saúde Pública, 51, 19. EpubMarch 23, 2017.