

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

MAIRLA MACHADO PROTAZIO

ERRÂNCIAS DE USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL: QUANDO O CUIDADO SE TECE
NAS ITINERÂNCIAS

Porto Alegre, dezembro de 2015

MAIRLA MACHADO PROTAZIO

ERRÂNCIAS DE USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL: QUANDO O CUIDADO SE TECE
NAS ITINERÂNCIAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Mainieri Paulon

Porto Alegre, dezembro de 2015

MAIRLA MACHADO PROTAZIO

ERRÂNCIAS DE USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL: QUANDO O CUIDADO SE TECE
NAS ITINERÂNCIAS

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto
de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Social e Institucional, apresentada no
dia 10 de dezembro de 2015

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Simone Mainieri Paulon (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Analice de Lima Palombini (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Liane Beatriz Righi (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Liliana da Escóssia Melo (UFS)

AGRADECIMENTOS

Chega o momento de agradecer, abraçar e “bebemorar” junto com as pessoas que não só estiveram comigo no percurso de escrita da dissertação, mas àquelas que me deram forças para encarar uma mudança de cidade e essa empreitada! Esses agradecimentos serão aos amigos que sonham e inventam um mundo comigo.

Mãe, te agradeço por me ensinar a ter coragem, persistência e a confiar que tudo sempre dá certo no final. E, se não deu, é porque coisas melhores virão. Pai, pela presença singular, vamos tecendo juntos um afeto por se construir.

Simone, por me embalar com toda intensidade que é compartilhar contigo a amizade, as orientações e essa experiência do mestrado. Obrigada por me ajudar a crescer, de todas as maneiras, e a não desistir e ressentir nos momentos mais difíceis. Minha gratidão também ao Evandro pela acolhida generosa assim que cheguei em Porto Alegre. Assim como a Michele, Dago, Dona Jodite e Alice pelas primeiras acolhidas na cidade, ao carinho e atenção em vários momentos.

Meu muito obrigada a Liliana, minha professora querida, por todo incentivo para que eu siga meus planos. Agradeço a confiança e o carinho dedicado nesses últimos anos.

À CAPES, pela bolsa de estudos por meio da qual pude morar em Porto Alegre e me dedicar integralmente ao mestrado.

Ao grupo de pesquisa Intervires pelo trabalho compartilhado, pelas brincadeiras e comilanças! Foi muito bom dividir minhas sextas com vocês. Tami e Meca, amigas queridas, obrigada pela cumplicidade e por dividir horas de viagem para realizar os trabalhos de campo.

Francis, agradeço por estar não só sobreimplicado com meu trabalho, mas totalmente entregue e disposto nessa andança comigo. Amigo, com você aprendi muito sobre afeto e sobre estar disponível ao outro; agradeço a força e a cumplicidade em todo percurso do mestrado que se fazem presentes na escrita desta dissertação. Agradeço ainda ao Afonso, pela leitura dedicada e disposição para discutir juntos. Foi muito bom ter esse suporte de vocês no momento final, obrigada!

Ao Gui, também cúmplice de toda essa aventura-mestrado, por me mostrar as belezas de se perder na cidade e aproveitar o desconhecido para me jogar de corpo inteiro. Obrigada por me ajudar a olhar Porto Alegre com olhos estrangeiros e ver beleza nas errâncias. Ju, minha parceira-irmã, obrigada pelo afeto gigante que me acolheu nos choros, falatórios, silêncios e olhares. Sentirei falta demais, mas meu coração voltará cheio de amor. Aos amigos do mestrado Antônio, Felipe, Robert que junto com Gui e Ju compartilhamos as primeiras e divertidas

aventuras metodológicas no primeiro ano do mestrado. Minhas melhores “risadas” foram com vocês! (risos!)

Agradeço à professora Analice Palombini pelos aprendizados e pela leitura atenta. Seus comentários foram enriquecedores e desafiadores para compor esta escrita errante. À professora Liane Righi pelos aprendizados semanais e aceitar o convite de compor a banca de defesa.

Aos meus amigos, irmãos que escolhi para vida, por inventarem comigo uma amizade para além das fronteiras, mas próxima do coração. Edson, Leo, Mari, Murilo, Gabi, Aldrey e Japa, nossa amizade esgarçam barreiras e videoconferências. Espero bebermos e festejarmos nossas vitórias juntos por muitos anos! Mari, obrigada por estar muito perto, por “segurar as pontas” e respirar fundo comigo quando faltou ar. Tamyres, pela amizade carinhosa e atenta. A Carmem pela especial e generosa revisão textual, obrigada pela dedicação. A Levi e Meca pela grande ajuda com o abstract. Carol pela leitura encorajadora durante o projeto de qualificação. Matheus, obrigada pelos ouvidos aos desabafos, pela energia enviada e carinho que construímos juntos. Caminharemos muito juntos ainda, não tenho dúvidas! A Laís por me lembrar constantemente que o calor também está dentro de nós nos dias que se fizeram mais frios. Nossa trajetória segue bonita, com força e com a singularidade que lhe pertence. Amiga, obrigada pelo compartilhamento de ideias e aventuras, pois elas também se fizeram presentes nesse texto e trajetória.

Às minhas “meninas do PRD”, aos colegas de trabalho e usuários do PRD e a todo coletivo gestor da REAPS pela oportunidade de trabalharmos juntos apostando num modo de cuidado itinerante em liberdade. Dani, por me ajudar a enxergar em mim um raio de sol que eu não conhecia: seus olhos generosos me ajudaram a ver as belezas nas pequenas frestas e detalhes! Wagner, querido chefe, pela confiança no trabalho e na amizade, ensinando a querer saber somente daquilo que pode dar certo!

Aos usuários e trabalhadores de Gravataí, em especial a Rosane, Josiane, Maria, Ana, Gerson, Vicente, Pina, Ismael, Gilmar, Luis, que comparecem neste trabalho com suas histórias compondo comigo uma rede de afetações.

A todos aqueles que estiveram presentes nesse percurso, tecendo e compondo novos caminhos, pois “o passado do viajante muda de acordo com o itinerário realizado”.

Acredito que o mundo deve estar feito de histórias porque são as histórias que a gente conta, que a gente escuta, recria, multiplica que permitem transformar o passado em presente. E que, também, permitem transformar o distante em próximo, o que está distante em algo próximo, possível e visível.
(Eduardo Galeano, Sangue Latino)

RESUMO

Esta dissertação destina-se a problematizar a produção de cuidado no sistema único de saúde brasileiro, investigando como as itinerâncias de usuários de saúde mental e suas errâncias nos seus territórios de vida podem constituir uma rede de cuidados, a fim de identificar quais saberes produtores de saúde são legitimados nessas trajetórias. Lançando mão de modos de fazer uma clínica itinerante, descortina-se uma perspectiva de cuidado territorializado, relacionada aos percursos que os usuários traçam e às suas errâncias, ao modo de estar e ocupar este território, aos afetos e encontros que nele e com ele se estabelecem. A cartografia foi utilizada como método neste estudo que se caracteriza como uma pesquisa-intervenção: contrariando tradicionais percursos investigativos em que as metas são pré-definidas, na cartografia é o próprio processo da pesquisa que vai delineando seus rumos e desdobramentos no campo. O estudo se concentrou na interface Saúde Mental – Atenção Básica, incluindo-se em uma pesquisa maior que investigou as práticas e ações de cuidado em saúde mental na atenção básica na região Macrometropolitana do Rio Grande Sul. Além deste cenário de práticas exercidas nos seis municípios incluídos na região da pesquisa maior, compuseram o campo desta pesquisa de mestrado outras cenas relacionadas ao cuidado que se tece em rede no SUS, registradas em diários de campo realizados entre 2011 e 2014, período em que a pesquisadora atuou como Agente Redutora de Danos em outro município do nordeste do país. As narrativas colocam em análise um modo de cuidar que a desinstitucionalização inaugura: um cuidado territorializado que promove autonomia e protagonismo e busca uma “grande saúde”, no sentido trágico do termo, definido a partir da filosofia de Nietzsche. Com isto, problematiza-se certa produção de cuidado em rede que esteja para além de uma rede de cuidado instituída e provoca-se o olhar para aquilo que está, muitas vezes, invisível no cotidiano dos serviços de saúde. Entre os resultados desta pesquisa, identificou-se que a articulação mais estreita a ser costurada entre a saúde mental e a atenção básica pôde-se apresentar como uma potente alternativa para favorecer um cuidado em rede que envolva todos os atores da saúde de um território. Dessa forma, pode-se romper com uma lógica de cuidado centrada na doença para um cuidado que amplie a vida e desnaturalize os modos de subjetivação regulamentados, característicos da biopolítica. A aposta indicada ao final desta pesquisa é de que, ao trazer para as equipes da atenção básica um debate antes restrito ao campo da Reforma Psiquiátrica, experimentam-se novas perspectivas de cuidar das singularidades, amplia-se a concepção de clínica e inventam-se novas saúdes.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Saúde Coletiva, Reforma Psiquiátrica, Atenção Primária em Saúde, Clínica.

ABSTRACT

This master's dissertation is dedicated to problematize care production in the Brazilian unified healthcare system (SUS), investigating how mental health user's roaming and wandering through life's territories can constitute a caring network in order to identify which health producing knowledges are legitimated in these trajectories. Resorting to ways of making a roaming clinic unveils a perspective of territorialized care related to the routes that the users set and their wanderings, to the way of being in and occupying this territory, to the affections and encounters that are established in it and with it. Cartography was used as a method in this study that is characterized as an intervencional research: counteracting traditional investigative routes in which the goals are pre-established, in cartography, it's the research process itself that outlines its courses and field unfoldings. The study focused at the Mental Health/Basic Care interface, being part of a broader research that investigated about the mental health practices and actions of care in basic care at the macrometropolitan region of Rio Grande do Sul. Besides this scenario of exerted practices at the six municipalities included in the broader research region, part of this research field is composed of other scenes related to the care that are woven in a network in SUS, registered in field diaries between 2011 and 2014, period in which the researcher worked as a harm-reduction agent in another municipality of the country's northeastern region. The narratives put in analysis a way of taking care that started with the disinstitutionalization: a territorialized care that promotes autonomy, protagonization and seeks for a "great health", in the tragic sense of the word defined by Nietzsche's philosophy. With that, is problematized a certain networked care production that is beyond an established care network and arouses the viewing to that which is, most of the time, invisible in healthcare services everyday's life. Among the outcomes of this research it was identified that the narrower articulation between mental health and basic care to be done was able to present itself as a powerful alternative to favor a networked care that implicates all health actors of a territory. This way, it is possible to break with an illness-centered way of conceiving care, in the direction of a care conception that magnifies life and denaturalizes the regulated modes of subjectivation typical of biopolitics. The bet that this research indicates at its ending is that, by bringing a debate to the basic care work groups, formerly restricted to the field of Psychiatric Reform, new perspectives on how to take care of singularities are experimented, the conception of clinic is enlarged and new health modes are invented.

Key words: Public Policies, Collective Health, Psychiatric Reform, Basic Healthcare, Clinic

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. SE PERDER, SE APROCHEGAR, É SÓ COMEÇAR.....	17
2.1. Errâncias e trajetórias cambaleantes: uma proposta metodológica.....	22
2.2. O que ouvimos por aí.....	25
2.3. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.....	32
2.4. Modos de cuidar itinerante.....	34
2.5. Trânsitos pelo conceito de território e sua centralidade nos estudos da saúde.....	41
3. PRODUÇÃO DE CUIDADO EM REDE NO TERRITÓRIO.....	47
3.1. Concepções sobre redes de saúde.....	57
3.2. Linhas erráticas: a provocação do inesperado para a costura da rede.....	61
3.3. Redes de conversação e produção de redes vivas e afetivas.....	68
4. CUIDAR PARA UMA “GRANDE SAÚDE”: que saúde a gente cuida nas Reformas?.....	72
4.1. Percurso trágico: crítica à metafísica e aos ideais ascéticos.....	78
4.2. Capacidade normativa da vida e “grande saúde”.....	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

1. Introdução

Estagiários de um programa de desinstitucionalização de um manicômio judiciário conversam com um rapaz diagnosticado com psicose e acusado de um assassinato; nesta conversa, descobrem que há nove meses está preso, e ninguém havia ido até ele fazer uma escuta. Em um grupo terapêutico de saúde mental, Ismael não consegue falar por si; os trabalhadores insistem que ele precisa falar mais, mas, quando tenta, a ansiedade dos outros é maior, e, rapidamente, vozes se interpõem falando por ele. Mães reclamam e confessam não suportar mais seus filhos com transtornos mentais. Trabalhadores de uma unidade básica de saúde dizem não saber lidar com as questões de saúde mental e necessitam de alguma espécie de protocolo de atendimento. Um outro sujeito, em um manicômio judiciário que o habilita a viver em sociedade, afirma saber em qual momento irá surtar e que basta indicar-lhe a injeção correta para torná-lo, em certa medida, suportável. Abel anda pelas ruas da cidade com desenvoltura, fazendo sua rede de amigos e atividades sem perturbar a ninguém até a noite, quando volta para o residencial terapêutico onde vive; apesar da sua rotina pacata, muitos consideram um perigo o fato do louco que saiu do hospício “estar à solta”. Em um serviço de acolhimento a moradores em situação de rua, os trabalhadores só abrem as portas após a chegada da guarda municipal pela manhã. Em outro serviço componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atendimento de usuários de drogas, uma internação compulsória é realizada pela Guarda Municipal.

São cenas analisadoras que persistem na memória de quem frequenta alguns serviços públicos e dizem do cotidiano de muitas das cidades brasileiras. São ações e vozes presas, sufocadas, doídas, que anunciam violências pouco visíveis, naturalizadas, que nos “jogam na cara” o instituído em muitos dos espaços criados para “acolher o sofrimento” e em muitas das chamadas “práticas de cuidado”. Mas será que é só isso? Vidas já sentenciadas que não anunciam qualquer possível? Este contexto, em que aparentemente nada ou pouco resta a fazer, instiga-nos pensar outras alternativas para essas vidas, novas saídas, outros possíveis. Esses novos caminhos são fundamentais, portanto, para compor cenários de um campo de pesquisa.

Esta dissertação parte de uma recente trajetória pelos territórios da saúde no contexto do SUS, de experiências afetivo-profissionais vividas nestes cenários e da imersão, como pesquisadora em formação, em experiências metodológicas interventivas e participativas. Durante este processo, algumas inquietações e apostas foram se fazendo no campo do cuidado em saúde mental, mais especificamente, no trabalho como Agente Redutora de Danos no Projeto Redução de Danos de Aracaju (PRD/Aju) entre 2011 e 2014. Tais inquietações,

movidas de desejos por explorar a articulação entre saúde mental e atenção básica, numa aposta em um modo de cuidado itinerante, conduziram-me a destacar tal campo como foco da investigação.

Parto de inquietações no campo do cuidado realizado em rede, tateando entendimentos de como a Redução de Danos (RD) se atualizaria como dispositivo de cuidado da atenção básica, enfatizando alguns conceitos-dispositivo presentes no cotidiano de trabalho, que operariam em articulação com a saúde mental, a saber: território, acolhimento, vínculo e responsabilização. Pensar a RD desta forma aproxima-nos de um entendimento sobre cuidado transversal, ou seja, alinha a concepção da RD e o cuidado em álcool e outras drogas (AD) a uma concepção de clínica ampliada, estendendo ao máximo o número de estratégias vinculadas à atenção em saúde mental. Como fazer operar um cuidado “entre redes”? Como pensar um cuidado que seja transversal? E de quais redes estamos aqui falando?

Pensar em redes que se proponham a ser transversais significa apostar em estratégias de cuidado que atravessem os diversos campos de atuação e possibilitem um grau de comunicação e intercessão maior entre as redes e serviços. Isto fez com que as concepções iniciais e, conseqüentemente, as indagações de pesquisa fossem se ampliando: passamos a apostar na produção de redes de cuidado que não se limitassem necessariamente aos serviços de saúde, aos trabalhadores ou mesmo ao fluxo de atendimento pré-estabelecido dos serviços. Invertemos o modo de olhar para a produção de cuidado: abrir espaço para que o usuário se torne protagonista do seu cuidado, que ele crie e amplie suas redes de saúde, que ele ative potências de vida que incluam os serviços, mas não se restrinjam aos mesmos (RIGHI, 2010; MACHADO; LAVRADOR, 2009).

Na trajetória como redutora de danos, essas questões começaram a fazer um pouco mais de sentido. Acompanhava uma adolescente que cumpria medida socioeducativa em regime de semiliberdade cujo uso de crack sempre que estava na rua ocasionalmente a desorganizava. Nos dias em que se dizia mais tranquila, cumpria todas as tarefas diárias como ir à escola, ao estágio, cumpria os horários de entrar e sair do local de internação, como também as atividades internas. Mas, queixava-se que toda vez que passava pela rua na qual usava crack se sentia aflita e a “fissura de usar a droga” ganhava espaço. Com isso, passava dias sem voltar ao local de internação, e sua medida socioeducativa regredia. Para a adolescente, aquela rua não tinha outro significado que não o uso de drogas, e era uma luta diária passar por ali, pois era caminho obrigatório para seu estágio. A pedido dela, passamos a acompanhá-la na rua, para juntas ressignificarmos este circuito, abrindo espaço para outros lugares de circulação e o

estabelecimento de outras relações. Colocamo-nos com a disponibilidade para correr riscos: riscos de nada dar certo, de aquilo não dar em nada ou mesmo o risco de ali acontecer algo. Palombini (2006) afirma que há uma dimensão de risco quando há disponibilidade para o encontro com o outro, de abertura ao desconhecido e ao inesperado, de onde pode emergir a invenção. Aos poucos, entre trancos e barrancos, entre deslizos e dias mais vitoriosos, a adolescente ia criando estratégias para si, ressignificando suas relações na rua, com as pessoas que faziam uso da droga e constantemente a chamavam para usar, mas também ia fortalecendo laços com pessoas que tentavam ajudá-la. Nesta itinerância compartilhada, eu simplesmente a acompanhava e servia de suporte, ajudando-a a se ressituar na rua e a se relacionar com as pessoas ocupando um outro lugar, agenciando outros movimentos. O que movia esta clínica andante eram os afetos, o querer estar junto, e uma tolerância ao tempo necessário às descobertas, pois a chegada era mais valiosa que a própria andança, uma vez que lhe possibilitava a experimentação de marcas que iam amadurecendo para, a partir de então, enfrentar a vida com outros recursos.

Configura-se, assim, neste caminhar junto a usuários da saúde que vão inventando modos de cuidar-se em territórios distintos, esta cartografia. Ela parte de narrativas das itinerâncias percorridas por usuários de saúde mental e suas errâncias em seus territórios de vida, a fim de identificar quais saberes produtores de saúde são legitimados nessas trajetórias. Trabalharemos com uma ideia de itinerância numa lógica mais topológica, ligada ao território, relacionando-a com determinados percursos que os usuários traçam nas suas cidades e territórios de vida e às errâncias, ao modo de estar e ocupar este território, aos afetos e encontros que se estabelecem, ao que se arrisca a errar para produzir diferença e experiências de vida destoantes das que até então existiam.

Apostamos que, nas itinerâncias, ou seja, nos trajetos percorridos, é possível produzir um cuidado em rede que move afetos, tece redes de apoio, conecta outros atores sociais e inventa tecnologias comunitárias. No entanto, nem toda itinerância é errante ou pode se tornar errante. Lançando mão de modos de fazer próprios a uma clínica que aposta nas itinerâncias e ousa em ser errante, entendemos que esta não é um mero dispositivo adaptativo para aqueles que pouco enfrentam a cidade ou que possuem dificuldades de nela transitar. Tal perspectiva de cuidado é uma potente ferramenta, justamente, para colocar em questão – no transitar com aquele que sofre – como a cidade pode ser “contaminada” por uma diferença que, por vezes, não tem lugar. A ideia é escutar vozes desviantes que abrem espaços na cidade, pensar o que e como as itinerâncias de usuários de saúde mental pelos territórios têm a contribuir para a

produção de cuidado e a invenção de uma nova urbe. Esta é a proposta da presente investigação: olhar para um cuidado em rede que se faz em itinerância num território em que o usuário é protagonista.

Sabemos, contudo, que para muitos dos nossos serviços, o cuidado em rede ainda é um exercício tateante e incipiente, uma diretriz de gestão que muitas vezes se cumpre penosamente ou está longe de ser sequer considerada, pois se restringe à lógica do encaminhamento ao especialista em uma organização de fluxograma. É um desafio, portanto, que se coloca ao pensar um cuidado no território como um *acontecimento*. Na afirmação de Palombini (2015), isto equivaleria a se pensar “acontecimentos que pela invisibilidade de pequenos gestos fazem andar a vida e podem se constituir como uma intervenção potente dentro dos serviços, analisador e potencializador das suas práticas”¹.

Tradicionalmente problematizamos de que modo a cidade, a comunidade, os territórios e serviços de saúde, por exemplo, podem acolher a loucura. Com o argumento de que a rede tem que ser acolhedora, os espaços de cultura têm que se abrir para a loucura, as cidades têm que acolher os moradores de rua, os dispositivos comunitários e os espaços de disputa e poder na saúde têm que estar abertos à participação dos usuários, dentre outros. Sempre se pensa do ponto de vista de que o usuário, estigmatizado, louco ou drogado, tenha que ser acolhido para “o seu bem” e de que os trabalhadores têm que ser benevolentes e suportar o diferente. Contudo, propomos inverter essa lógica para abrir espaço a um cuidado em que o usuário é protagonista e que nos indica outras questões: o que a cidade, o território e os serviços de saúde têm a ganhar ao considerar as itinerâncias dos usuários? De que maneira as andanças que os usuários percorrem podem contribuir para a produção de cuidado em rede? Que redes são essas que o caminhar errante dos usuários das RAPS, efeitos do processo de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica em curso no país, desenham? De que maneiras estas errâncias dos usuários podem se constituir como trajetórias de cuidado?

Na construção deste trabalho, optamos por nos deixar guiar na escrita pelas itinerâncias dos usuários e as narrativas que fluíram destas experiências. Para isso, utilizamo-nos do modo de fazer cartográfico, a fim de rastrear pistas das experiências e percursos traçados, permitindo-nos acompanhar fluxos e processos, as itinerâncias e andanças daqueles que compõem este cenário.

¹ Comentário feito pela professora Analice Palombini na banca de qualificação em janeiro de 2015.

As experiências narradas que serviram de campo de pesquisa se referem, tanto ao trabalho como Agente Redutora de Danos entre 2011 e 2014, o que me fez circular por diferentes unidades do SUS e ruas da cidade de Aracaju, quanto às experiências como integrante do grupo da pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: análise das práticas de equipes da Região 10 - Macrometropolitana/RS a partir do PMAQ-AB”². Por considerar que uma pesquisa implicada nunca fragmenta campos afins à temática investigada, minhas experiências como redutora de danos, leitora desde a graduação de conteúdos da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas de álcool e outras drogas comparecerão eventualmente às análises, compondo este campo de pesquisa que, afinal, é o campo das políticas públicas de saúde mental em transição em meu país e no seio do qual se dá esta pós-graduação, como toda minha formação.

Destas incursões em diferentes campos de experimentação foram extraídas histórias relacionadas ao cuidado que se tece em rede no SUS, registrados em diários de campo durante este período de trabalhadora e pesquisadora do mestrado. Histórias que, de diferentes maneiras, foram revisitadas ou contadas pela primeira vez, pois são vivências impregnadas de acontecimentos. Algumas só fizeram sentido tempos depois, outras mudaram seu sentido ao serem narradas e agora contam uma nova história. Os diários de pesquisa, de trabalho e de viagem (por que não? Já que a experiência de errância e estrangeirismo numa nova cidade possibilitou em diversos momentos viver cada segundo à flor da pele) não serão caracterizados como histórias-exemplos para possíveis significados e explicações de conceitos os quais queremos apreender. Assim como Baptista (2009) nos alerta, “aqui falarão ruidosamente como matérias carregadas de tensões, como campos de minúsculas e intermináveis lutas travadas no dia a dia” (p.25). Não intento esgotar aqui as inúmeras possibilidades de ver tais narrativas, histórias, vidas e experiências contadas, pois estas muito têm a nos dizer. Entretanto, certos sentidos e modos de narrar tais histórias ainda impregnadas de afetos podem nos mover (nos tirar, de fato, do lugar) e nos fazer pensar. E, pensando, nos movemos para produzir algo que é novo. Captar o que eu pude ouvir e observar das experiências em campo – as sensações, afetos

² Pesquisa desenvolvida pelo grupo Intervires (Pesquisa-Intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede) do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS (PPGpsi-UFRGS) e pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS (PPGCol-UFRGS), em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) através de financiamento do edital PPSUS da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Na pesquisa atual, foram realizadas inserções em seis municípios da região macrometropolitana, com uma metodologia de pesquisa-intervenção participativa, abrangendo trabalhadores, usuários e gestores em grupos de interesse. Estes foram abordados em tecnologias diversificadas como grupos focais e entrevistas para elencar e qualificar práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica. Parte das informações foram processadas com auxílio do software Atlas Ti[®] para análise dos dados.

e jogos de forças que as experiências de pesquisa fazem circular – não somente aquilo que é dito expressamente, mas a leitura que podemos fazer delas, pois tal qual nos diz Ítalo Calvino (1999), quem comanda a narração não é a voz: é o ouvido.

Partiremos do princípio da desinstitucionalização – proveniente da Reforma Psiquiátrica e que teve a Reforma Sanitária Brasileira como influência – como operador conceitual importante para compreendermos os deslocamentos ocorridos nos modos de cuidar na saúde. Intentamos seguir pistas deste modo de cuidar que a desinstitucionalização inaugura: um cuidado que promove autonomia, protagonismo, territorialização do cuidado e busca uma “grande saúde”, no sentido trágico do termo que definiremos a partir da filosofia de Nietzsche. Com isso, faremos uma articulação introdutória dos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e no modo como a temática do território ganha centralidade na discussão.

A partir daí, interessa-nos marcar como o conceito de território se diferencia e se aproxima dos entendimentos de cidade. Neste trabalho, tornou-se importante fazer uma apropriação dos dois conceitos – sabendo que são conceitos amplos que remetem a diversas áreas de conhecimento, podendo, inclusive, embasar referenciais teóricos distintos – para que pudéssemos explorar um pouco mais das experiências de errância da pesquisadora nos territórios da saúde, de pesquisa e cidades habitadas. Trabalharemos a perspectiva metodológica iniciando com a narrativa-experiência *Se perder, se aproximar, é só começar* optando por manter os dois conceitos no texto, pois entendemos que a ideia de errância, enquanto proposta metodológica aliada à cartografia, ganha consistência através de certas discussões feitas sobre o espaço urbano.

Com a narrativa de um acompanhamento do usuário, *sr. Mário*, contaremos sobre um cuidado realizado durante o trabalho como redutora de danos em Aracaju e que saídas esta experiência nos mostra para pensar a produção de cuidado em rede. Discutiremos um certo modo de cuidado territorial, que, assim como o conceito de saúde, implica muitos usos e compreensões. Dizer qual cuidado nos interessa implica pensarmos em uma rede que não é qualquer rede. Nesse sentido, faremos um panorama do conceito a partir de autores que são referência na temática para colocarmos em questão que tipo de rede falamos, pois, dizer “rede” como palavra de ordem somente não basta. Interessa-nos especialmente pensar certa produção de cuidado que esteja para além de uma rede instituída e olhar para aquilo que está invisível.

No quarto capítulo trabalharemos com os conceitos de autonomia e dependência. Com isso, pretendemos abordar de que maneira as itinerâncias pela cidade podem se constituir em

formas autônomas de cuidado e uma produção de autonomia forjada em rede, ou seja, uma autonomia que se constitui com a capacidade de criar cada vez mais laços, quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser. Pretende-se, pois, acompanhar quais caminhos alguns usuários fazem, como fazem e de que maneira podem se constituir em itinerários de cuidado, redes de apoio e saídas (quicá terapêuticas) para além do que os cuidadores possam ter planejado para esses sujeitos.

Por fim, abordaremos concepções de saúde, com Canguilhem, como capacidade normativa da vida e com Nietzsche, como a capacidade plástica dos corpos afirmarem sua vontade de potência a partir de um percurso trágico de crítica à metafísica e aos ideais ascéticos que nos trazem um modelo de saúde linear e pouco errante e singular. Como cuidar para uma “grande saúde”? Que saúde a gente cuida na Reforma Psiquiátrica? Uma concepção de clínica que não visa mascarar ou interromper o sofrimento e a dor, por exemplo, como vemos na atualidade em todo aparato desenvolvimentista das ciências biológicas e médicas visando uma saúde centrada em um ideal de permanência e estabilidade. Interessa-nos, pois, ampliar nossos conhecimentos sobre uma saúde que se aprende com a vida, encarando e ressignificando os acontecimentos, como o processo de invenção de si pode aumentar as forças ativas e potentes.

De qualquer que seja o lugar que ocupamos, trabalhador da saúde ou pesquisador, reconhecemos ser um desafio realizar uma escuta errante, ter um olhar errante, ou seja, associado a um modo particular de estar na relação, no cuidado e na produção de afetos. Errante no sentido de uma clínica que ousa desviar no acompanhar de itinerâncias. Assim, pretendemos que este corpo pesquisador convide esse corpo leitor a passear por estas itinerâncias, por estes espaços em que um conhecimento vai se produzindo. Convidamos o leitor para passearmos juntos nesses modos de cuidar errante que irão se delinear durante o texto.

2. Se perder, se aproximar, é só começar

Ao chegar a uma nova cidade, o viajante reencontra um passado que não lembrava existir: a surpresa daquilo que você deixou de ser ou deixou de possuir revela-se nos lugares estranhos, não nos conhecidos (Cidades invisíveis. Ítalo Calvino, 1999).

Em uma manhã bem fria de inverno, lanço-me a desbravar a cidade de Porto Alegre, em busca do ônibus que me levaria ao município de Gravataí³. Com o desconhecido à frente, mas com a certeza de que caminhar pela cidade pode muitas vezes nos ser interessante em sua própria errância – ou, como nos diz Benjamim (1987) no “perder-se com instrução” – percorro duas vezes até chegar ao meu destino: uma reunião na Associação de Usuários do CAPS AD (ASSUSCAPS). Às vezes, mesmo com GPS à mão, não é fácil chegar ao destino, tampouco percorrer mapas previamente traçados e desconhecidos.

Pelas ruas labirínticas e com o burburinho do comércio fervilhando às 8h da manhã no centro da cidade de Porto Alegre, se inicia toda andança errática reservada para aquele dia. Deço na parada de ônibus errada, caminho em direção ao local que a princípio seria o terminal de ônibus que faz o trajeto intermunicipal onde também se localiza o camelódromo⁴ – uma informação errada, caminho na tentativa de lembrar das ruas vistas no mapa no dia anterior e como foram criando contornos em minha memória. Em meio à preocupação de me achar, o gosto pelo movimento ondulante da multidão também ganhava espaço. Massagli (2008), lembrando o poeta francês Baudelaire, diz que o “*flanêur* é inebriado pelo prazer de se achar em uma multidão” (p.56); não sei se me fazia *flanêur*, mas achar-me ali era o que movia os meus passos em meio a uma multidão que passava por mim cada vez mais rápida, bem ao ritmo veloz imposto pela contemporaneidade. Cidades grandes e aceleradas que parecem não deixar (ou mesmo querer) espaço para aqueles que param e simplesmente ficam ou para os que fazem do espaço urbano sua morada, seu local de fuga, seu território existencial...

Milton Santos (1994) fala que são os “homens lentos” que podem melhor ver, apreender e perceber a cidade e o mundo, indo além de suas fabulações puramente imagéticas. Quando

³ Um dos seis municípios da região 10 Macrometropolitana do Rio Grande do Sul e participante da pesquisa referida no início deste trabalho. A cidade de Gravataí fica localizada ao norte da capital do estado, distando desta cerca de 23 km. Ocupa uma área de 463,499 km² e sua população foi contada no ano de 2010 em 255 660 habitantes, segundo dados do IBGE de 2010.

⁴ Nome popularmente conhecido do Centro Popular de Compras de Porto Alegre. Uma ponte que fica a cerca de três metros do solo, sobre a Avenida Julio de Castilhos. Uma ligação entre a Rua Voluntários da Pátria até a Julio de Castilhos e, desta à Avenida Mauá. O terminal de ônibus fica embaixo.

diz isso, refere-se principalmente aos mais pobres, aqueles que ficam à margem da aceleração do mundo contemporâneo. Como dito acima, temos o exemplo do *flanêur* do século XIX, figura bastante utilizada e lembrada ao se fazer resistências ou críticas ao pensamento hegemônico contemporâneo do urbanismo que ainda busca uma certa orientação (principalmente através do excesso de informação), rapidez (ou aceleração) e, sobretudo, uma redução da experiência e presença física (através das novas tecnologias de comunicação e transporte). Para Jacques (2006), os mais pobres, – mas também todos os “outros” que habitam diferentemente o espaço público, mesmo que temporariamente, como os sem-teto, camelôs, ambulantes, etc. – experimentam ou vivenciam a cidade de outra forma, desenvolvendo uma relação física mais profunda e visceral com o espaço urbano. Contudo, o errante, ao contrário daquele que mora nas ruas por necessidade, erra por vontade própria, deixando-se inspirar pelas formas de apropriação do espaço público, na maneira como estes reinventam formas próprias de vivenciar e experimentar a cidade. Maneiras de apropriação que nos interessam ao colocar em questão a forma como o espaço público tem tido importância hoje para diversos seguimentos da produção de conhecimento. Uma apropriação que diz de uma outra temporalidade, de um olhar voltado para um cotidiano menos acelerado, fazendo frente ao modo de funcionamento atual da contemporaneidade, em que tudo passa, ninguém se percebe ou se vê. Uma rapidez e agilidade que engendram também nosso cotidiano de trabalho, os serviços públicos, os serviços de saúde: apoderam-se de burocracias em que por vezes o outro, ao nosso lado, passa despercebido.

Entre me localizar e ao mesmo tempo aproveitar a errância, pensamentos ansiosos iam ganhando espaço, pois me encontrava contaminada com a aceleração das pessoas, dos carros, do trânsito, do comércio ao meu redor: por que não vim com um mapa na mão? Ou melhor, por que não aumentei meu pacote de dados de rede 3G para o GPS funcionar? Um pouco a mais de dinheiro faria toda diferença agora, poderia pegar um táxi, pensava, entrando na lógica veloz da sociedade. Pensamentos caminhantes também iam ganhando espaço quando daquilo-que-poderia-ter-feito ia perdendo importância: o burburinho de compra-e-venda tomava conta dos pensamentos, ia distraíndo-me e lançando meu corpo em busca do lugar a se chegar, movida também pela ansiedade. Massagli (2006), ao falar dos inesperados dos acontecimentos, lembra Baudelaire, ao dizer que “há a beleza duradoura nos fenômenos, que permanecem através de diferentes épocas, e há beleza do acidental, do instantâneo” (p.56).

A bagunça do centro da cidade me enchia de sentimentos-que-não-sei-dizer. A beleza também me enchia de vazio: sentia-me só no meio de todo mundo, uma sensação que se expandia pelo descostume de estar só e a recente mudança de cidade – conversar com a solidão

ainda tinha um tanto de mistério e apavoramento. Um misto de fascínio pela multiplicidade e o efêmero com a angústia de sentir-me sozinha em meio aos outros, “a vagar como um embriagado em estado de abandono” (MASSAGLI, 2008, p.56). Nesse momento, um morador de rua me aborda e pergunta: “*estás perdida, guria? Tá procurando pra comprar maconha?*”⁵. A resposta imediata me veio: *não, agora não! Mas, você está?* Ao que ele me responde: *sim, estou, mas, bah, não encontro, guria! Só crack*. Automaticamente, como que ativando a redutora de danos em mim, complemento: “*bebe uma água pra segurar a onda e segue buscando*”. Alguém nota que estou perdida, percebo que não estou tão só assim, quase reconhecida como uma redutora de danos fora de exercício. Reencontro-me, num corpo pesquisador viajante e estrangeiro, errando caminhos, traçando novas itinerâncias e sendo surpreendida, ou quase reconhecida. A pergunta inesperada e a resposta automática fizeram-me pensar, também, na cidade e suas contradições: unidade na multiplicidade, tensão na indiferença, sentir-se sozinho em meio a seus semelhantes (JACQUES, 2006).

Estas contradições da cidade apontam para três características mais recorrentes nas experiências de errar pela cidade, segundo Jacques (2006): perder-se, a lentidão e a corporeidade. Estas características estão intimamente relacionadas e remetem à própria ação, ou seja, à prática ou experiência do espaço urbano. O errante urbano se relaciona com a cidade, a experimenta, e este ato de se relacionar com a cidade implica em uma corporeidade própria, advinda da relação entre seu próprio corpo físico e o corpo urbano que, se dá no momento da desterritorialização lenta da errância. A desterritorialização, termo utilizado por Deleuze e Guattari (1995), seria entendido como o momento de passagem do territorializar ao reterritorializar, que consiste em se reterritorializar de outra forma, em mudar de território, como também equivale a viver sobre uma linha abstrata ou de fuga. Ou seja, o interesse do errante estaria neste momento do desterritorializar, ou do perder-se, no estado efêmero de desorientação espacial, quando todos os outros sentidos, além da visão, se aguçam possibilitando uma outra percepção sensorial. “A possibilidade do se perder ou de se desterritorializar está implícita mesmo quando se está (re) territorializado, e é a busca desta possibilidade que caracteriza o errante” (JACQUES, 2006, p.122).

Não sei quanto tempo toda essa peregrinação durou, mas a segunda experiência de me perder veio em seguida: a informação errada do motorista fez com que eu descesse do lado oposto do bairro a que precisava chegar. Caminhei longos 30 minutos por algum bairro da

⁵ Utilizarei grifo em itálico durante todo o texto para indicar quando se trata de fragmentos de fala pinçados do campo de pesquisa.

cidade de Gravataí sem sucesso na procura do endereço. O corpo sentia cansaço, sentia fome, sentia calor naquele inverno congelante. Até que uma ligação me salva e sou resgatada no meio da rua por um dos usuários que estava me esperando para conhecer a ASSUSCAPS. Assim chego, finalmente. Os instantes de pesquisadora-viajante também se fizeram paisagens da pesquisa, pois o caminhar cambaleante ia cartografando modos e possibilidades de pensar a pesquisa, investindo em outras formas de me relacionar com o espaço e as pessoas.

O usuário que me buscou brinca com meu estado de angústia e preocupação por estar atrasada para a reunião, ao que me responde *“não te preocupas, guria, estamos aqui para te acolher, é isso que fazemos na ASSUSCAPS”*. Conto a ele que, enquanto me perdia, pensava justamente nos usuários em suas itinerâncias e dificuldades pelas redes de serviços de saúde, seus sentimentos de abandono e as possíveis sensações de incompreensão dos outros sobre seus sofrimentos. A sensação de estarem perdidos nos serviços de saúde, de não saber a quem recorrer, de não se sentirem acolhidos em meio a um turbilhão acelerado de pessoas passando e de informações confusas... tudo isto me ocorria enquanto eu me perdia naquela nova cidade! Da mesma forma, faço associações entre o cotidiano dos usuários e a situação que eu acabara de vivenciar ao negar ajuda de alguém que encontrei na rua quando estava perdida: por vezes, os usuários da saúde, angustiados, se tornam ariscos, desconfiados, erguendo uma defesa contra os que lhes ofertam saúde. Como conseguir sair disso? Como o cuidador rompe com esse modo desconfiado? E, como podemos, enquanto usuários e errantes na vida, pedir ajuda, mesmo que isso signifique que tenhamos que admitir nossa fragilidade neste momento de perdição?

Passamos alguns minutos conversando sobre isso enquanto ele me indicava o lugar de importância que a associação vinha desenvolvendo na rede de saúde do município de Gravataí: acolhendo usuários e familiares que não compreendem bem a questão das drogas e, muitas vezes, cumprindo um papel que o CAPS AD não conseguia realizar. Ele compreendia claramente esse estado de solidão e de estar perdido pelos serviços de saúde, quando muitas vezes não se é ouvido ou não se compreende bem como os mesmos funcionam. Lutar contra uma “escuta surda”⁶ e a favor de um bom acolhimento do sofrimento, era o que ele me dizia ser o objetivo daquela associação.

Entretanto, pensamentos sobre as itinerâncias errantes e cambaleantes de usuários pelas redes de saúde seguiam ressoando. Muitas falas foram se tornando questionadoras para os pesquisadores no percurso da pesquisa, como a de uma usuária que diz *“os médicos não*

⁶ Expressão em alusão à Baptista (1999).

acreditavam mais em mim porque nenhum exame acusava minha dor”⁷. Uma fala difícil de ser ouvida, mas que pouco reverberou nos grupos focais realizados na pesquisa-maior⁸ quando a apresentamos no roteiro de discussão. Para nós, pesquisadores, fazia todo sentido: que dor é essa inalcançável e inacessível que não acusa nos exames e que é difícil de explicar de onde ela vem? Como acolhemos tal demanda de dor indecifrável? Por que ela pouco reverberou entre os trabalhadores? A mulher que falou esta frase tinha um ar de angústia ao lembrar do seu passado enquanto contava toda sua itinerância por muitos médicos e serviços de saúde, além de ter escapado por muito pouco de ser considerada louca e de ser encaminhada para um manicômio.

A usuária que enuncia esta fala faz denúncias que, para nós, pesquisadores, apontam muitos vieses e saídas: ela não era ouvida, não foi ouvida durante toda itinerância em busca de cuidado em saúde e, ali, em meio a um grupo de pesquisadores psicólogos, conta sua história. Apontava-nos para duas questões: a confiança que estabelecia com aquele grupo para que pudesse narrar sua história sem que fosse considerada louca, como também a expectativa de ser ouvida e compreendida por alguém, o desejo de ser acolhida, como indica sua afirmação: *“uma psicóloga vindo de tão longe, do nordeste, para nos ouvir”*. Era assim que geralmente eu era apresentada aos grupos em que era convidada a conhecer: parecia ter um ar mais que especial ter vindo de tão longe para pesquisar. Fui percebendo o quanto tal forma de ser apresentada movia interesses e curiosidades das pessoas, ajudava a criar laços afetivos entre os participantes da pesquisa e oferecia uma entrada que, para mim, se constituiu de puro afeto e experimentações.

Esta dor, que não é ouvida e muito menos acusada nos exames também nos indica caminhos para pensar a produção de cuidado e saúde atualmente. O que importa é a dor física, biológica, aquela que pode ser detectada nos exames, que é controlável e observável, que nos reduz a um corpo são e cientificamente controlado, ao puro organismo, maneira que minimiza a subjetividade que está em jogo (PELBART, 2013). A escuta surda nos serviços de saúde por vezes é ocasionada por aquilo que já anunciávamos no início do texto: a rapidez com a qual

⁷ Trecho retirado de diário de campo em um grupo focal realizado com usuários. A realização de grupos focais, se referiram à segunda etapa da pesquisa de “Qualificação das práticas de saúde mental na atenção básica” com usuários e trabalhadores das unidades básicas de saúde selecionadas em cada município ocorrendo em dois momentos: um de discussão e análise das práticas de saúde mental na atenção básica e dos resultados do PMAQ para o município em questão; e o outro momento do grupo para a análise e validação dos elementos por eles levantados no primeiro encontro.

⁸ Irei me referir durante todo texto a esta pesquisa como “pesquisa-maior” para diferenciar quando das experiências e narrativas advindas do trabalho do grupo de pesquisa.

temos que dar conta nos nossos trabalhos, a velocidade do mundo contemporâneo que nos assola e que não nos permite “perder tempo”, que nos impossibilita de olhar nos olhos, de ouvir plenamente. Vale salientar que não há culpados nessa história: não é culpa do profissional de saúde que, pressionado em seu trabalho, precisa dar conta da fila de espera do lado de fora dos serviços, do número de consultas a serem atingidas durante o dia, da briga contra o relógio. Tais análises dizem dos nossos modos de funcionamento atuais, de como, muitas vezes, parar não é permitido...

2.1. Errâncias e trajetórias cambaleantes: uma proposta metodológica

Nem todo trajeto é reto
Nem o mar é regular

Estrada, caminho torto
Me perco pra encontrar
Abrindo talho na vida
Até que eu possa passar
Como um moinho que roda
Traçando a linha sem fim
E desbravando o futuro
Girando em volta de mim

Correndo o mundo
(Cobra rasteira)
Me engoli de vez
(Cobra rasteira)
Ô, giramundo
(Cobra rasteira)
Assim o chão se fez

(Metá Metá, Cobra Rasteira)

Foi tateando estes caminhos tortuosos de pesquisa, rastejando e rastreando pistas de por onde seguir na proposta de investigação, que fui tecendo trajetórias, ora errantes ora cambaleantes, que constituíram esta pesquisa de mestrado. Tal qual o horizonte do mar, nos enganando visualmente com uma linearidade distante, apresenta-se a proposta metodológica da cartografia. Horizonte que nos aponta um futuro, mas que não o traça com início, meio e fim. Cambaleiar aqui se alia a essa proposta: é não andar direito, é equilíbrio desequilibrado, dar passos incertos como quem vai cair e às vezes não cai. Dar passos que a princípio parecem incertos na pesquisa, mas que se constroem durante seu processo. Foi cambaleando, perdendo-me e construindo junto aos atores que circularam por esta pesquisa que os traçados desta

investigação foram possíveis: foi no encontro com as pessoas, entre idas e vindas aos municípios, entre encontros e também desencontros, viagens perdidas e desorientadas, a bagagem de experiências anteriores, que uma proposta metodológica foi sendo tecida.

A narrativa apresentada no tópico anterior teve por objetivo contar como o campo de pesquisa foi se delineando junto a essa proposta metodológica aqui apresentada. Estes encontros e territórios não estavam dados a princípio, eles foram se construindo a partir dos vínculos e afetos criados no percurso e iam sendo agregados a partir das conexões que oferecessem à pesquisa-maior ou à minha pesquisa de mestrado. Dessas redes tecidas, fomos produzindo pistas, mapeando caminhos e possibilidades, que permitiram experienciar a inversão metodológica problematizada por Passos e Benevides (2012a) quando o caminhar começa efetivamente a delimitar novas metas (*hódos-meta*). Assim fui me fazendo pesquisadora: à medida que ia seguindo pistas que o próprio campo de pesquisa apresentava, aproveitando as possibilidades e oportunidades que surgiam entre conversas e convites para um próximo encontro, esbarrando em novas situações e antigas experiências que ainda clamavam por problematizações.

A metodologia cartográfica propõe-se a ser um meio para acompanhar esses processos, tendo como horizonte que a produção de conhecimento é também produção de realidade, de subjetividade (ALVAREZ; PASSOS, 2012). É justamente por apostar nessa indissociabilidade entre pesquisa e intervenção, de produção de sujeitos e de mundos, que o modo de fazer cartográfico opera essa possibilidade de construção de domínios coletivos (ESCÓSSIA; TEDESCO 2012), ou seja, “aposta na instauração de um regime de comunicação capaz de colocar em relação não apenas sujeitos, grupos e coletivos – enquanto formas individuais e sociais -, mas o coletivo de forças que permanece acoplado aos sujeitos, grupos e coletivos após cada tomada de forma” (idem, p.102). Ou seja, coloca sujeitos em comunicação, intensifica as relações, atrações e contágios.

Ainda para Escóssia e Tedesco (2012), acessar o plano coletivo de forças⁹ é essencial à pesquisa cartográfica, pois provoca a ampliação do olhar e, assim, é capaz de atingir outras dimensões dos objetos do conhecimento, ou seja, a processualidade que marca os

⁹A expressão “coletivo de forças” remete a determinada abordagem do conceito de coletivo trabalhado por Escóssia (2005; 2009; 2014). A autora trabalha com a ideia de que a cartografia, ao contrário das perspectivas tradicionais do conhecimento e a abordagem da representação, amplia nossa concepção de mundo incluindo o plano movente da realidade das coisas ao lado dos contornos estáveis do que é denominado formas, objetos e sujeitos. Esses dois planos não se opõem, pois constroem entre si relações de reciprocidade. O coletivo de forças, portanto, encontra-se nessa interface dos dois planos. Esse conceito será melhor trabalhado no capítulo 2 desta dissertação.

acontecimentos do mundo. Realiza-se, também, enquanto pesquisa intervenção, intervindo e fazendo derivar, num processo de diferenciação, novas formas ainda não atualizadas. Aproximamo-nos da primeira pista para a prática do método da cartografia (KASTRUP, 2008, p.429) de que “cartografar é acompanhar um processo, e não representar um objeto”, pois temos um modo de fazer pesquisa “não mais restrito à descrição e/ou à classificação dos contornos formais dos objetos do mundo, conhecer é também acessar o movimento próprio que os constituem, ou seja, conhecer a realidade é traçar seu processo constante de produção” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012, p.107). Para Kastrup e Passos (2013, p.266), a pesquisa cartográfica faz aparecer o coletivo enquanto experiência do comum e, dessa maneira, é sempre uma pesquisa-intervenção com direção participativa e inclusiva, pois potencializa saberes até então excluídos, garantindo sua legitimidade.

A proposta de uma metodologia errante e cambaleante alia-se ao que vimos propondo de um cuidado que ousa olhar para as errâncias, que se dá nos modos de estar e ocupar os territórios, aos afetos e encontros que se estabelecem, que circulam entre os sujeitos em relação. Neste sentido, Rolnik (1989) apresenta uma proposta de realização de cartografias sentimentais tomando o termo sentimental mais próximo do sentido de afeto. Para a autora:

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias.

O cartógrafo é antes de tudo um antropófago (ROLNIK, 1989, p.15-16).

A autora refere-se às paisagens psicossociais constituídas como experiências históricas que não são pessoais ou centradas nos sujeitos, mas sim experiências coletivas nas quais está em questão a constituição das relações e jogos de forças. Para Prado Filho e Teti (2013), tais experiências remetem a modos históricos de relação com os outros e consigo mesmo, as quais estamos sujeitos, à medida que nos constituímos nesse cenário histórico até certo ponto de maneira comum aos que vivem em determinado tempo, espaço ou cultura. A última afirmação da autora refere-se a como o cartógrafo se apropria daquilo que encontra no campo de pesquisa, o que não deve ser confundido com uma espécie de colonizador que traz na bagagem valores

preestabelecidos. Distante disso, o cartógrafo é alguém aberto a percorrer novos caminhos e trajetos sem preconceitos ou fascismos, munido de um olhar de estrangeiro.

Cartografar é também uma forma de narrar, pois ambas são meios que não se comprometem em retratar verdades, mas o que escapa a elas. Por isso, utilizamos nesta pesquisa, também, a produção de diários de campo enquanto instrumento de pesquisa privilegiado, entendendo que tais registros ajudam na produção de reflexões e têm função de transformar observações, frases, falas, gestos, impressões, sentimentos e sensações da experiência de campo em conhecimento e modos de fazer. Há neste processo, portanto, uma coprodução: “uma transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência” (BARROS e KASTRUP, 2012, p. 70). Uma ferramenta de pesquisa que possibilita uma aproximação entre o modo de dizer e o modo de registrar a experiência acompanhada pelo registro tanto daquilo que é pesquisado quanto do próprio processo de pesquisar (PASSOS e BENEVIDES, 2012b).

2.2. O que ouvimos por aí...

Assim como a história que abre este trabalho, muitas foram ouvidas nos grupos focais e grupos de interesse¹⁰ da pesquisa-maior. Histórias e narrativas que contam muitas dificuldades de entender o próprio estado de saúde, o que é melhor para si, das imposições de um suposto saber médico, das dificuldades que a rede de saúde apresenta, da falta de uma escuta e de um acolhimento mais cuidadoso nos serviços de saúde. São problemáticas comuns em muitos lugares – o que não significa, entretanto, que devem ser naturalizadas – e que, ao passo em que questionam a produção de saúde, também dão pistas de uma interface de cuidado entre as redes de atenção básica e de saúde mental.

Nos territórios da saúde é comum ouvirmos falas tanto de usuários quanto dos profissionais sobre dificuldades e “furos” das redes de saúde. Em muitos casos, ouvimos histórias de usuários que foram e voltaram diversas vezes entre serviços, de profissionais que

¹⁰ A forma como a pesquisa-maior foi pensada e desenvolvida permitiu colocar em cena objetivos e pontos problemáticos comuns aos diferentes atores participantes, exigindo a articulação de uma rede de discussão e análise que possibilitava um aumento do “grau de apropriação” dos sujeitos pelo processo da pesquisa. Visando tal processo de análise, foram realizadas etapas de pesquisas denominadas por grupos de interesses e entrevistas a partir de grupos focais. Os grupos de interesses têm inspiração na abordagem de 4ª geração (GUBA; LINCOLN, 2011) e são grupos formados por pessoas com algum interesse nos efeitos da pesquisa avaliativa, isto é, que estão de alguma maneira envolvidas ou serão afetadas por esta. Na pesquisa-maior, participaram dos grupos de interesses usuários, trabalhadores e gestores de cada município. Já os grupos focais se referiram à segunda etapa da pesquisa com usuários e trabalhadores das ESF selecionadas em cada município.

por vezes não conseguem “fazer a rede funcionar” ou dificuldades outras que perpassam o âmbito das itinerâncias dos usuários em busca de cuidado em saúde, como na fala destacada abaixo:

Quem não vive essa situação de saúde mental não entende... às vezes as pessoas não aderem ao tratamento porque não têm dinheiro para ir até o CAPS. Então onde é que ela vai? No lugar mais perto, a unidade de saúde (Profissional durante grupo focal).

Referida em quase todos os grupos focais e de interesses, a escuta à singularidade de cada pessoa aparece com um dos principais pontos para uma efetiva qualidade de atendimento nos serviços. Acolher o sujeito na sua diferença, nas suas dificuldades cotidianas – sejam elas financeiras, emocionais, sociais, etc. – modifica a postura das equipes diante das dificuldades de aderência ao tratamento dos usuários, as quais deixam de ser tomadas como mera “resistência do paciente” e passam a ser consideradas outras perspectivas contextuais, como os modos de vida das pessoas, os modos de trabalho presentes nos serviços e das concepções de sujeito que ali se apresentam.

Esta fala aponta, também, para um dos princípios da atenção básica que é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daqueles que demandam um cuidado em saúde mental. A centralidade das unidades de saúde no território, como o serviço de saúde mais próximo das pessoas, possibilita aos profissionais uma aproximação com histórias de vida e uma produção de vínculos com a comunidade/território. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Uma outra fala aponta para a relação entre estes dois níveis da rede de atenção:

Aquilo lá parecia um presídio, sabe, trancado dentro do São Pedro¹¹. Aí eu passei para o CAPS, gostei dali, ia três vezes por semana, e tinha grupo que nem aqui, fazia festinha e tudo (...) Mas eu não posso deixar de tomar o remédio porque se eu não tomar o remédio eu não durmo. Aí o psiquiatra lá explicou pra mim: tu não é deficiente físico, bem deficiente, tu teve um distúrbio mental, vai ter que tomar o remédio pro resto da vida, vou te passar pro posto. Ele me deu um encaminhamento de lá do CAPS pra cá, pra eu participar do grupo e pegar a receita aqui. O posto é

¹¹ Refere-se ao Hospital Psiquiátrico São Pedro localizado em Porto Alegre. Designado como Hospício São Pedro até 1925, o hospital foi fundado em 13 de maio de 1874, mas inaugurado somente dez anos após, no dia 29 de junho. Dados da Secretaria Municipal de Porto Alegre retirado do site: [http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/638/?Hospital%20Psiqui%C3%A1trico%20S%C3%A3o%20Pedro%20\(HPSP\)](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/638/?Hospital%20Psiqui%C3%A1trico%20S%C3%A3o%20Pedro%20(HPSP))

assim ó, como que eu vou dizer, é tipo uma ordem assim, quem tem essa deficiência assim que nem eu, que toma remédio controlado, chega aqui no posto e não precisa tirar ficha, chega ali e eles já sabem quem tu é. É só dizer: eu era do CAPS e não precisa tirar ficha, eles agendam... chega ali qualquer hora e diz eu tô me sentindo mal, aí eles agendam, aí demora um pouquinho, né? (Usuário durante grupo focal).

Nesta direção, ouvimos dos participantes da pesquisa indicativos de sucessos nas práticas de cuidado quando são realizadas pactuações com os usuários de forma mais qualitativa como na fala acima, pois todos responsabilizam-se mutuamente pelo contrato terapêutico. Entre as diferentes atividades citadas como estratégias comuns aos serviços consultados, observa-se a construção de um caminho para o resgate da autonomia dos usuários via corresponsabilização, principalmente na prática do acolhimento e nas intervenções grupais. Essas ferramentas têm propiciado um elo entre os usuários e a equipe de trabalhadores, e entre estes e outros serviços da rede de saúde, facilitando o estabelecimento dos vínculos tanto dos usuários com o serviço quanto dos profissionais com seus trabalhos de cuidado.

Nas experiências mapeadas, os grupos terapêuticos ou grupos de saúde mental realizados nas unidades básicas de saúde têm ganhado consistência devido ao seu caráter aberto e analítico. Ouvimos, de trabalhadores e usuários, que estes grupos terapêuticos criam espaços para experimentações de diferentes modos de ser, pensar e sentir que passam a compor uma produção coletiva. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a saúde mental não está dissociada da saúde geral e, por isso, faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da Atenção Básica. Contudo, ouvimos com certa frequência falas que mostram a insegurança dos profissionais em relação a estas demandas:

Mas existe uma 'pedra no sapato' que a gente não sabe às vezes lidar com situações. Aí fica aquela mazela do SUS, o paciente vai para o CAPS, é acolhido, é atendido, é organizado, só que ele volta para nossa unidade e muitas vezes a nossa responsabilidade acaba sendo acompanhar o paciente, trocando receitas e depende mais do especialista para avaliar. Apesar da gente sempre propor um desmame para o paciente em toda consulta, é muito difícil ele querer realizar o desmame. É difícil tu achar um paciente que topa diminuir. Às vezes a gente parece incisivo no tratamento. A maioria acaba sendo aquele paciente que vem no posto e que exige que seja renovada a receita, são pacientes difíceis que não querem agendar consulta. Querem direto o psiquiatra, querem a receita, porque são dependentes. E se você não renova a receita gera um transtorno imenso. Ele diz: "olha vim aqui com a minha receita". E a gente pergunta: "como você está?". E ele diz: "quero a minha receita" (Profissional durante Grupo Focal).

Essa fala expressa corrobora as discursividades dos outros grupos escutados, em que profissionais de saúde afirmam ficar em dúvida sobre quais situações de sua realidade cotidiana necessitam de intervenções em saúde mental: sentem-se inseguros, surpresos ou sem saber como agir assim que identificam uma demanda de saúde mental ou, como na fala acima, sem saber como lidar muitas vezes com a medicação de usuários cronicados. Ouvimos de muito profissionais críticas e receios quanto a uma prática de cuidado prescritiva, entendidas como a atualização da tradição biomédica, que não reflete sobre a real necessidade do uso medicamentoso e a integralidade da assistência em saúde. Além disso, ainda sobre a fala acima destacada, tais intervenções em saúde mental incluem uma preocupação quanto à compreensão que o usuário tem acerca do próprio processo terapêutico, da medicação que utiliza, do processo de adoecimento e possibilidade de perceber-se como sujeito promotor de sua saúde, ou seja, “é uma crítica à lógica da desvalorização do usuário na sua redução ao lugar de paciente. Crítica essa que não se resume a um profissional ou categoria, mas a toda uma lógica focada no sintoma e em sua suposta eliminação” (PAULON et.al, 2011, p.117).

São questões comuns à prática de saúde justamente porque é um campo em construção, em inovação constante. É, inclusive, um campo ainda de embates e com necessidade de construção social que precisa ser realizada junto aos usuários, pois a lógica da medicalização é forte nos modos de cuidar em saúde. É no encontro com os usuários que o profissional tem a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território e, com este conhecimento, a equipe de saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade.

Mas isso não se configura como uma tarefa fácil, como aponta a fala da profissional acima. E, por isso, ouvimos diversas vezes, tanto de usuários como dos profissionais, aclamados pedidos por especialistas nas unidades de saúde, principalmente psicólogos e psiquiatras. Pedidos que, em nome de um “não saber lidar” com as demandas de saúde mental, ignoram possibilidades de inventar um cuidado não protocolado ou mesmo abrir brechas nessas “redes de saúde cheia de buracos”. Eles têm esperança de que a presença de um especialista vá dar conta de uma escuta pretensamente mais qualificada, uma escuta que anseiam que seja mais protocolar. Mas, no que será que difere o psicólogo dos outros profissionais? Seria a escuta qualificada uma atribuição somente de profissionais associados à área *psi*? Estes são alguns questionamentos que trazemos, a fim de problematizarmos aqui esta reivindicação insistente da presença de psicólogos nas unidades de saúde e a tomarmos como analisadora do que se passa

nessa interface saúde mental-atenção básica. Uma fala bem provocativa de uma agente comunitária de saúde é sintomática desse clamor pelo profissional *psi*:

É porque o agente comunitário de saúde é o psicólogo de pobre, né? (Profissional durante grupo focal).

Ao falar isso, é como se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) não percebesse sua capacidade de transformação nos serviços de saúde e sua capacidade de escuta no território em contato direto com os usuários. Aponta, portanto, de algum modo, para a invisibilidade e o não reconhecimento dos profissionais das suas próprias práticas. Esta é uma realidade visível tanto entre os ACS quanto entre outros especialistas não *psis* ao não reconhecerem como legítimas, oportunas e resolutivas muitas das ações que desenvolvem. Podemos dizer que essa afirmativa é perpassada por uma instituição manicomial-especialista que indica a escuta como atribuição de um *expert psi*. Perguntamo-nos: por que será que o ACS não enxerga em si a capacidade de uma escuta qualificada? Em pesquisa sobre demandas de saúde mental no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde, Paulon e Neves (2013) destacam que os ACS desqualificam muito suas próprias ações, principalmente no que diz respeito à escuta e ao acolhimento, percebendo-as como meros “paliativos”. Não por acaso isso ocorre, pois toda a rede de cuidado instituída ainda é muito atravessada pelo especialismo e seus efeitos segmentadores da atenção, o que exclui qualquer possibilidade de valorização de uma escuta realizada por um agente comunitário de saúde. Contudo, o conhecimento acerca das pessoas que habitam o território, a leitura contextualizada que realizam e o saber que possuem são um diferencial importante nas estratégias de cuidado territoriais, sendo cada vez mais valorizadas devido à capacidade de criar estratégias novas que respondam aos problemas em cada contexto. Além disso, parecem encarnar uma leveza de trabalho não endurecida e engessada em saberes especialistas. Os agentes comunitários de saúde, ao transitarem pelos territórios de cuidado, parecem deixar-se fluir, permitindo-se colocar na relação com o outro de forma mais livre, menos resistente e, portanto, mais errante.

As autoras afirmam ainda que tais desvalorizações e inseguranças são reflexos de um intenso processo histórico recente de especialização e tecnificação do trabalho, levando os sujeitos a pensar que existe alguém ou alguma categoria profissional que sabe mais do que eles próprios saberiam. Uma lógica de saber técnico-especializado que nos atravessa dando a

impressão que um outro, geralmente profissional *psi*, tem a solução e deve resolver nossos problemas. Uma situação de não reconhecimento de prática exitosa em saúde mental também pôde ser vista neste recorte de um diário de campo:

Realizamos o grupo focal com trabalhadores do município de Cachoeirinha no dia 29/04/2015 e discutimos todos os dados do PMAQ de acordo com o roteiro previsto para aquela primeira rodada. Entretanto, a questão que suscitou maior discussão no grupo foi a que se referia à preparação da equipe para o atendimento de usuários com transtornos mentais. Já desde o início do grupo, na nossa apresentação da pesquisa sobre “qualificar práticas de saúde mental na atenção básica”, os trabalhadores iam relatando o quanto era difícil muitas vezes lidar com a questão de transtornos mentais, pois não tinham formação para tal. Falavam: *“os profissionais que lidam com a saúde em geral não têm como separar quem tem ou não doença mental. Nem sempre a gente sabe, percebe ou conhece”*; *“aqui no posto não temos uma lista ou cadastro de pacientes de transtorno mental. A gente sabe que é um paciente desses quando apresenta alguma característica ou um surto mesmo”*; *“A gente faz o que a gente acha que sabe e acha que é certo, mas nem sempre é o certo né”*; *“Não temos um protocolo de atendimento para pessoa em surto. Fazemos de acordo com as especificidades profissionais”*. E, dizendo isso, os profissionais afirmavam ser necessário mais capacitações e, principalmente, a presença de um psicólogo nas unidades básicas de saúde *“já que este é o profissional que estuda especificamente essas questões”*. Penso que muitas vezes os profissionais não se dão conta das próprias ações e práticas no dia a dia, de como elas são potentes, como também nem sempre saberemos tudo, sendo necessário de fato criar, inventar, persistir inventando cuidado diariamente. Tem coisas que fogem aos protocolos, pois a vida não se faz tão regrada e previsível assim. Entre queixas e relatos sobre as dificuldades diárias de se fazer um cuidado em saúde mental, uma enfermeira e uma agente comunitária contam de um garoto de 8 anos que chegou na unidade de saúde sozinho, com os

sinais vitais do corpo muito alterados pela ansiedade: batimentos cardíacos acelerados, pressão alta, falta de ar, dor de cabeça, chorando muito e relatando uma forte dor no peito que não sabia explicar. Contam que na hora entenderam ser ansiedade e que precisavam fazer algo ali, naquele momento, rapidamente! Contam, então, que começaram a animá-lo com histórias e piadas, cantaram várias músicas e, dançando, se perceberam duas palhaças de circo fazendo um cuidado que nem saberiam que daria certo. Do nervoso do inesperado, caíram na risada. Contam que, com esta intervenção, o menino ficou muito melhor, aliviado, parou de chorar e sentir dor sem a necessidade de nenhuma medicação (Diário de campo – 29/04/2015).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que os trabalhadores se reinventam, inovando suas práticas, percebe-se a falta de apropriação daquilo que fazem. Ao falarem de suas práticas e experiências de cuidado, os profissionais não se autorizam a reconhecer que produzem um jeito de cuidar que foge à lógica biomédica, colocando-se numa posição de “não-saber”. Contudo, ouvimos narrativas de inúmeras estratégias criativas construídas para dar conta das demandas cotidianas com as quais se deparam, mas insistem por mais protocolos e especialistas que venham a responder a todos os impasses ou a legitimar práticas inovadoras que já ocorrem naqueles serviços de saúde.

Vemos, portanto, um emaranhado nas tramas dos discursos hegemônicos que centram o problema na falta de especialistas e um não reconhecimento da efetividade e potência das próprias práticas de cuidado. Nas falas aqui apresentadas, surgem importantes apontamentos de usuários e trabalhadores que nos ajudam a pensar o desafio da articulação das redes, o acesso dos usuários a um cuidado integral e a repensar as ofertas de cuidado em saúde que vêm sendo fabricadas na atenção básica. São incômodos que abrem brechas para dar visibilidade às tensões e paradoxos da gestão do trabalho em saúde, além de intervir e apostar em formas de cuidado que tenham o território em sua centralidade. Tais incômodos e demandas de usuários e profissionais apontam para uma necessidade de ampliação da clínica, das ofertas e opções de saúde. Não se trata de ampliar a oferta somente de profissionais, grupos, oficinas, atividades, mas sim envolver, cada vez mais, setores e atores diferenciados da comunidade e a possibilidade de circulação e de troca entre estes setores. É preciso, sim, diversificar e ampliar a clínica dentro das unidades básicas de saúde, mas não se restringir a elas. Esta ampliação tanto precisa de

outras possibilidades de vida quanto pode produzir, igualmente outros modos de existência, outras ofertas na comunidade, outros modos de relação.

É nesse sentido que a construção de uma relação mais estreita entre os campos da saúde mental e da atenção básica, como se vê, pode se apresentar como uma alternativa potente para reavivar os objetivos do SUS mais desafiantes e inconclusos e, justamente por isto, sempre necessários para pensar as Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. De uma forma geral, tem-se um processo de redirecionamento no modelo de atenção em saúde. No campo da atenção básica, a construção de uma saúde mais inclusiva favorecendo o olhar mais para contexto social e assegurando a participação progressiva da comunidade nas decisões políticas. No campo da saúde mental, a luta por um processo de desinstitucionalização do cuidado tutelado em direção a um cuidado em liberdade, democrático e territorializado. Assim, temos políticas que afirmam formas de conjugação entre os modelos de atenção à saúde a fim de ofertar um cuidado integral à população nos territórios. Nascidas com a democratização política do país, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Pesquisar neste campo da política pública de saúde é também não esquecer do histórico de constituição das reformas. Uma história nem tão distante assim, uma luta que é contínua, obra aberta.

2.3. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica

Quem tem consciência pra se ter coragem
 Quem tem a força de saber que existe
 E no centro da própria engrenagem
 Inventa contra a mola que resiste
 (Primavera nos dentes. Secos e Molhados)

A Reforma Psiquiátrica brasileira, nascida a partir da mobilização de trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e nas universidades, buscou “politizar a questão da saúde mental, especialmente a luta contra instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra hegemônicas; conquistou mudanças e normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural” (YASUI, 2010b, p.31). No interior de um processo mais amplo que foi a Reforma Sanitária, localizamos a saúde mental percorrendo caminhos similares quando busca o direito

de todos ao acesso à saúde e a mudança de práticas institucionais sob orientação de princípios democráticos.

Assim como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira se configura como um processo político de transformação social nascida em um contexto de luta política contra a ditadura e o autoritarismo. O campo da saúde mental, além de ser um lugar de constantes conflitos e disputas, é também o lugar que abriu espaço para conceitos até então incompatíveis com as práticas psiquiátricas como: liberdade, autonomia, cidadania, solidariedade e direitos humanos. Esses ideais vêm questionar a segregação, a exclusão e os preconceitos tão arraigados nas estruturas psiquiátricas e no paradigma dominante da racionalidade científica em crise desde final do século XX. Assim, a Reforma Psiquiátrica se configura como um movimento político impregnado de ética e ideologia vinculado ao processo de construção e luta pela transformação da sociedade (NICACIO, 1994; YASSUI, 2010a).

O processo de desinstitucionalização, portanto, abarca duas importantes perspectivas: o cuidado realizado no território e as perspectivas que a liberdade traria ao próprio sujeito, resgatando sua singularidade. A bandeira levantada sobre “a liberdade é terapêutica” (ROTELLI, 1990) torna imprescindível a inserção das práticas de cuidado em saúde dentro da comunidade, no território, articulando saberes e incorporando inovações sociais. Tratamos da liberdade, aqui, não como um atributo da natureza humana, mas como um efeito de práticas de resistência e problematização de nossas verdades mais preciosas; “é um acontecimento, uma experimentação, uma transgressão, uma ruptura e uma criação” (LARROSA, 2000, p. 331).

Contudo, um dos maiores desafios ainda para a Reforma Psiquiátrica brasileira é não reproduzir, mesmo com os avanços políticos e sociais, a mesma lógica de exclusão e de dominação do modo psiquiátrico de cuidado. Nesse sentido, vale o alerta de Foucault ao dizer que “as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento” (2003, p.8). Ou seja, faz-se necessário estarmos atentos à reprodução de lógicas e às relações de saber/poder na sociedade, relações de forças não desvinculadas da produção de uma certa verdade, de uma certa história. Uma vez que o sujeito de conhecimento tem uma história, a relação do sujeito com o objeto tem uma história e a própria verdade tem uma história, não podemos negá-la. Com o método genealógico de Foucault, entendemos história não como uma linha do tempo, em uma continuidade evolutiva linear e contínua, mas uma história em que não se preocupa em identificar relações causais entre acontecimentos, favorecendo-lhes um sentido de

continuidade, mas da “constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais” (FOUCAULT, 1979, p.171). Um modo de fazer história serial e acontecimental no exercício constante de desnaturalizar aquilo que está dado, perseguir sua desnaturalização, em olhar atentamente para detalhes que narram o cotidiano do que parece não ter história.

Uma história que, é bom lembrar, aparece ligada também à memória e à narração benjaminiana, onde o ato de narrar faz parte da vida das pessoas. Narração que, para Benjamin (1985), tal qual um fazer artesão, “não está interessada em transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim, imprime na narrativa a marca do narrador, “como a mão do oleiro na argila do vaso” (1985, p. 205). Ou seja, quanto mais “o ouvinte esquece de si mesmo, mais profundamente se grava nele o que é ouvido”, a história adquire um outro corpo, um outro sentido. Inspiradas em Foucault, Barros e Amador (2014) afirmam que “a história de que tratamos é coletiva, história de vidas, de erros, de tropeços, de amores, de visões e de adivinhações, e expressa a processualidade das relações” (p.178). É desse outro corpo e sentido que intentamos seguir as pistas para visibilizar novas práticas de cuidado focadas na produção de saúde como potência de vida, práticas que permitam inventar, na itinerância, modos de cuidado errante.

2.4. Modos de cuidar itinerante

A rua não é um mundo fora do nosso mundo (DAB/SAS/MS)

Uma das principais propostas e mudanças ocorridas com a Reforma Psiquiátrica foi sobre os modos de cuidar na saúde. O ato de cuidar é a essência do trabalho cotidiano dos profissionais de saúde, entretanto, ao longo de mais de dois séculos da nossa história, a racionalidade científica – sobretudo a psiquiatria que legitimou as formas de cuidar – criou instituições e práticas violentas, negligentes e produtoras de silenciamento. As diversas histórias de pessoas internadas por longos anos nos manicômios são um reflexo disso. No livro-reportagem “*Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício brasileiro*”, a jornalista Daniela Arbex (2013) relata, através de fotos e testemunhos de ex-pacientes e trabalhadores, a violência de todas as ordens a qual eram submetidos os pacientes daquele que chegou a ser o maior hospício do Brasil. O complexo hospitalar conhecido por

“Colônia”, situado na cidade mineira de Barbacena, fornecia práticas que duraram a maior parte do século XX e denunciam práticas silenciadas de tantos outros lugares desconhecidos dos quais não temos sequer notícia.

Histórias que marcam um tempo ao qual não se quer voltar e também justificam novas apostas ético-políticas. Livros como este fazem parte de uma memória histórica que tem sua importância ao não se fazer esquecer um passado não tão distante, alertando-nos que a história é uma construção social não linear. Contudo, vamos às ruas, pois é nelas que já estamos! É sobre modos de cuidar itinerantes e de como estes produzem redes de cuidado que esta dissertação se detém. Modos de cuidar que vêm acontecendo há muito tempo, tornando-se cada vez mais reconhecidos através das práticas de profissionais que lidam diretamente com o espaço habitado, como agentes comunitários de saúde, redutores de danos, equipes de consultório na rua e acompanhantes terapêuticos.

Lemke e Silva (2011; 2013), em trabalhos recentes, indicam que atualmente as práticas de cuidado de acompanhantes terapêuticos, agentes comunitários de saúde e redutores de danos, por exemplo, estão em uma posição estratégica para a construção de um modelo de cuidado que tenha o território como seu eixo articulador. Para os autores, com a institucionalização do SUS, a itinerância passa a ter relevância estratégica para a construção de um modelo de cuidado territorial que as políticas de Saúde Mental e Atenção Básica passaram a exigir; experiências de cuidado que adquiriram consistência própria e transitam entre as duas políticas.

Essas tecnologias de cuidado têm operado utilizando o deslocamento pelos territórios de vida dos usuários para desenvolver ações com o objetivo de cobrir tanto uma maior extensão territorial para alcançar grupos populacionais vulneráveis como para atender as demandas de usuários que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de atenção. Nesse sentido, trabalharemos de comum acordo com Lemke e Silva (*idem*), apostando na itinerância como modo de operacionalizar o cuidado no território, possibilitando explorar a potência política do movimento e transformando o território dos usuários em um lugar de invenção da vida, no qual o usuário faz-se protagonista. Prescindindo das racionalidades que produzem medicalização e controle da vida, apostamos em experiências e práticas de cuidado que transformem o território em um laboratório de experimentação política e de invenção de novos modos de existência; colocando a “clínica em movimento” (PALOMBINI et al, 2004) e o território como matéria desta clínica.

Duas experiências, com as quais me encontrei, ajudaram a pensar esta dissertação de mestrado quando ainda engatinhavam as questões e problemáticas de pesquisa a serem trabalhadas. Duas histórias reais em lugares diferentes do Brasil que retratam a vida e os modos de transitar de dois usuários de saúde mental, imprimindo, parafraseando Foucault, a vida como obra de arte, como uma forma possível de existir. Mais do que isso, essas vivências contam como é possível apostar em um cuidado em rede que considera as errâncias, lida com os acertos e erros, estas fazendo parte do percurso clínico do acompanhar.

“*Pedras, plantas e outros caminhos*”¹² é um documentário que conta de forma poética a história de um acompanhamento terapêutico feito por Thais, a acompanhante, a Ney, o acompanhado. O filme cartografa encontros e modos de cuidado que foram se tecendo no vínculo entre a acompanhante terapêutica e o acompanhado no local em que este último vivia: a rua. Uma história que compõe a intensa e difícil busca de produção de cuidado e autocuidado em saúde mental, na rua, a um usuário com transtorno mental grave e usuário abusivo de drogas.

Preocupado com a praça em que morava e a possível retirada das árvores pela prefeitura, Ney vai contando o que acha sobre o mundo e sobre si mesmo, em uma interação ora silenciosa, ora com muitas falas. Ney cuida das árvores e plantas da praça dizendo ser fácil cuidá-las, bastando somente conversar e dar-lhes atenção, pois cada planta é diferente, cada uma necessita de quantidades diferentes de água. Com isso, Ney já nos mostra como deve ser o cuidado em saúde: singular e atencioso. O filme é poético, mostrando as sutilezas das dificuldades em um cuidado assim, errante, respeitando o tempo do outro, um cuidado construído cotidianamente. A questão do tempo é sempre uma limitação para os profissionais: para oportunizar um outro tipo de escuta é preciso parar para compor com o outro, pois “talvez, na correria das intervenções, na urgência requerida pela lógica prescrita do cuidado que atravessa a ação em saúde, perca-se o senso do acompanhar e do compartilhar questões com aquele em necessidade de atenção e acolhimento” (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014, p.981).

Por vezes, temos a impressão de um acompanhamento que parece não chegar a lugar nenhum, mas é justamente nas conversas mais superficiais e sutis que o vínculo entre Thais e Ney foi sendo construído; onde vemos a construção de redes afetivas de apoio como uma função terapêutica. Muitos dias de idas à praça, de caminhadas e conversas mostram de que forma é possível produzir desejo de cuidado, produzir novas formas de relação entre pessoas, de

¹² Documentário realizado pelo Coletivos de ATs com coordenação do professor Ricardo Wagner Machado da Silveira da Universidade Federal de Uberlândia em parceria com a equipe da TV Universitária. Disponível para assistir em <https://www.youtube.com/watch?v=DM-YQXkT7LE>

inventar o próprio cuidado. A itinerância de Ney, narrada por ele mesmo, emociona. A narrada pela acompanhante terapêutica também: Thais conta do aperto no peito que sentiu em diversos momentos, principalmente naqueles em que tudo dava errado, quando a relação com Ney não ia bem, quando eles se desentendiam e se desencontravam. Contudo, é justamente esse o grande desafio: transformar o aperto em alguma coisa nova e diferente. Uma ética de cuidado que sustente, inclusive, os desencontros e desconfortos! Uma ética de cuidado que sustenta a coragem em estar em um processo relacional de cuidado.

Esta narrativa nos mostra a potência do cuidado em AT, mas principalmente de um cuidado em movimento, a céu aberto, onde o possível é ficar junto, construir junto as relações e possibilidades de cuidado, com toda a rede de relações que está ao redor, como a família, a avó, o jardineiro da prefeitura que trabalha na praça, a dona da quitanda que dá comida, o CAPS etc. Esse cuidado também constrói todas essas relações, reinventam-nas, dão novos contornos. Thais conta que enlouqueceu junto e mudou muito seu modo de ver a vida, e Ney fala que a avó deixou de achar que uma internação seria a solução para ele.

O filme é apenas um recorte, um traçado a respeito de uma experiência clínica com suas sutis intervenções, funcionando para nós como um intercessor para que se possa contar esta e inúmeras outras histórias de cuidado deambulante. O documentário nos mostra a possibilidade de fazer operar outros saberes e práticas de cuidado em saúde mental promotora de autonomia e autocuidado. Mostra-nos caminhos possíveis de invenção de cuidado, de criação, de fazer mesmo quando parece não ser possível.

Seguindo a mesma aposta de tessituras de redes a partir de itinerâncias, trazemos a história de Abel narrada em documentário. “*Eu conheço o Abel*”¹³ é um vídeo-documentário que relata a história de um morador de residencial terapêutico que transita pelas ruas do município de Viamão, cidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS, narrada por pessoas com quem Abel criou vínculo ou tinha como referência. O documentário circula pelo centro da cidade percorrendo ruas e estabelecimentos em busca de pessoas que compõem os relatos, que contam suas versões da história sobre Abel, sobre o vínculo estabelecido e construído com ele. Trata das andanças de Abel, seguindo os mesmos trajetos, no intuito de nos mostrar as diversas formas de ser, de habitar e de se relacionar na cidade, pois esta é, também, produtora de novos sentidos. Os idealizadores do filme dizem: “*enquanto caminhávamos buscando a história de*

¹³ Documentário de produção independente dirigido por Rafael Wolski de Oliveira disponível para assistir em <http://vimeo.com/96031243>

Abel, Abel também caminhava traçando sua própria história". Em um percurso que parecia não saber que rumos iria tomar, perfazem "o andarilhar pela cidade com a certeza que sua caminhada [de Abel] tinha muito a nos dizer".

As duas histórias narradas nos documentários nos mostram as potências e possibilidades de uma clínica, de um cuidado terapêutico, que se faz na itinerância. Modos de cuidar que apostam em uma postura ética que não segrega nem exclui, que não visa inserir ou adequar em modos de cuidar já estabelecidos e determinados, uma aposta na construção de um cuidar que se distancie dos crimes à vida e questione por onde insiste a violência em nome da razão¹⁴. Os autores Barros e Gomes (2011) propõem uma noção de cuidado que leve em consideração o movimento inerente às relações, entendendo que o cuidado "(...) se produz no próprio ato de cuidar, ele não é antecipável, ele é coemergente às relações que se estabelecem e avaliado por seus efeitos, pela potência que produz naqueles que o compartilham" (BARROS e GOMES, 2011, p. 643).

Ao longo da história da atenção à loucura, houve um significativo deslocamento nos modos de cuidar em que se buscou uma superação do modelo religioso da salvação do louco (no período colonial) e do modelo médico da cura e reparo (a partir do fim do século XIX). A Reforma Psiquiátrica inauguraria um modo de cuidar que considera a existência humana em sua complexidade, incluindo todas as dimensões constitutivas do sujeito como seu entorno social, familiar e cultural (BEZERRA, 2007). Nesta perspectiva, portanto, as estratégias de cuidado visam promover autonomia e singularização do sujeito, ressignificando o lugar da clínica para aquela que se efetiva no encontro, na invenção de si e na produção de sentidos.

As relações de cuidado produzem efeitos na subjetividade tanto do cuidador, como da pessoa em sofrimento, conforme nos aponta a at Thais na história narrada com Ney ao dizer que o vínculo que constituiu com ele mudou também a sua vida, sua forma de se relacionar com o espaço urbano e com a própria relação terapêutica. O cuidado surge nesse encontro de afetações, modificações e produção de sentidos que não se limitam a protocolos, procedimentos técnicos e recursos tecnológicos, já que uma relação terapêutica extrapola tais dimensões procedimentais. Para Ayres (2003), "o cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de

¹⁴ Referência ao documentário brasileiro de 1979 do cineasta mineiro Helvécio Ratton, "*Em nome da razão*". Documentário filmado em preto e branco que relata o cotidiano dos pacientes internados no Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais através de relatos de pacientes sobre sua realidade no hospital. Para mais detalhes acerca do surgimento do filme e seu contexto histórico, consultar GOULART, M.S.B. Em nome da razão: quando a arte faz história, Rev.Bras.Cresc.Desenvolv. Hum. 20(1) p. 36-41, 2010.

subjetividade criadora de um produtor de artefatos” (p. 85), ou seja, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela, estabelecendo-se a partir e em torno dos objetos que ela mesma constrói.

É potente e revolucionária a aposta em práticas de saúde que valorizem o saber do outro, os saberes populares, a potência do encontro, pois a “intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas (...) o seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente” (AYRES, 2003, p. 86).

Esta forma de cuidar, que se aproxima de um cuidado da atenção psicossocial que aqui nos interessa, inaugura uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador, rompendo com uma tal racionalidade que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas, de caráter hospitalocêntrico, farmacológico e de orientação biologizante, centradas na doença. A proposta é reconhecer, portanto, o outro como sujeito, não como uma entidade, um objeto ou uma doença, pois “cuidar, em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção (YASUI, 2010b, p.120).

Reconhecimento este que nos possibilita pensar que o cuidado em saúde envolve a criação de uma relação, de um vínculo entre o usuário e o trabalhador. É nesse sentido que podemos afirmar que o trabalho em saúde é um trabalho relacional já que está baseado na relação e no encontro com o outro. Isto nos leva a identificar no trabalho em saúde a predominância daquilo que Merhy (1997) irá chamar de “trabalho vivo em ato”, ou seja, aquele trabalho que se dá no momento em que é produzido. É na relação com o usuário, portanto, em ato, que se produz o cuidado. Sendo assim, apostamos que é no cotidiano do trabalho em saúde que o saber técnico e já estruturado é (re)elaborado a partir de um saber experiencial, quiçá artesanal, dos profissionais na relação com o usuário e/ou com outros profissionais de saúde.

Pensar o cuidado como construído junto com o outro remete-nos à dimensão do “comum”, possibilitando-nos afirmar que o cuidado é sempre uma construção coletiva. A dimensão do comum, para Barros e Pimentel (2012), não se confunde com identidade nem com povo, tampouco significa uniformidade das massas. O comum se faz por diferenciação e heterogeneidade, ou seja, gera diferenças e não homogeneidades. Lancetti, ao comentar o livro

“Anti-Édipo”, de Deleuze e Guattari, também faz referência inspiradora ao plano do comum, ao dizer que “o comum é o que se produz por comunicação de singularidades e se manifesta nos processos sociais e colaborativos. O comum não tolhe as singularidades, ele expressa uma nova soberania, uma soberania democrática” (2007, p. 124).

Assim, acessar o plano do comum não significa elencar elementos que digam de uma igualdade e semelhança entre grupos e pessoas, e sim a uma noção de multiplicidade, da capacidade de diferir, ou seja, aquilo que pode formar novas conexões. Manifestando-se nos processos sociais e expressando uma “soberania democrática”, o comum considera a dimensão processual dos fenômenos e implica também a articulação com os mais diferentes elementos e fenômenos (livros, pessoas, músicas, situações, etc.) que façam produzir novos encontros, sem tolher as singularidades.

É nesse sentido que Barros e Gomes (2011) propõem uma noção de cuidado que emerge do encontro entre os diferentes atores que habitam os serviços de saúde e processos de cuidado que reforçam a ideia de uma relação em que o outro é percebido como legítimo. Nesta direção, os autores afirmam a possibilidade e potência de uma clínica transdisciplinar que produz desvios, sujeitos e modos de vida. Uma clínica que “produz desvio na medida em que coemergem novos sujeitos nessa relação, novos trabalhadores e novos usuários desse encontro, do encontro dos corpos e afetos e das modulações mútuas. Cada encontro transforma os modos de agir no sistema de saúde, seus modos de ser, trabalhar, adoecer e viver” (BARROS e GOMES, 2011, p.654).

Nesse sentido, parece-nos que o ato de cuidar será sempre uma busca por encontros em que estão presentes afetos e afetações. Encontros que se fazem entre profissionais de saúde, entre estes e usuários, entre serviços, mas também para além das fronteiras dos serviços de saúde, integradas com o território, com a cidade, com outras instituições e com pessoas. É nesta direção que acreditamos que a produção de cuidado pode se realizar por onde for, pode emergir de itinerâncias e encontros das relações entre pessoas e a cidade. É na ruptura com um certo modo de cuidar que produz tutela que pensar esta dissertação faz-se possível: a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização têm-nos proporcionado arriscar novas práticas e novos modos de produção de saúde tomando aquilo que o território tem a oferecer. Nesse sentido, pensar o território e suas práticas compõe outro operador conceitual importante para esta pesquisa, pois implica exercícios de cidadania e autonomia, o direito de ir e vir e habitar as cidades, na forma que é possível a cada um.

2.5. Trânsitos pelo conceito de território e sua centralidade nos estudos da saúde

Na direção de um cuidado que se produz para além das fronteiras dos serviços de saúde, é fundamental que possamos considerar a produção de cuidado no território que estes serviços ocupam e as diferentes lógicas que habitam o território, seus recursos, suas potencialidades e suas capturas. É interessante estarmos atentos para a lógica de controle e os diferentes dispositivos disciplinares que penetram na sociedade, para seguirmos na direção de uma ruptura, não só com a racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura no isolamento, como também com as lógicas de vigilância e domesticação que penetram nas relações cotidianas, mesmo na perspectiva territorial.

A organização do espaço urbano das cidades sempre foi uma questão pertinente para o saber médico, em especial para as práticas da psiquiatria que, desde o seu início, preocupou-se com o lugar do louco na sociedade. A psiquiatria opera na sua relação com a sociedade os dispositivos de controle e normalização dos corpos, como afirma Foucault (1979), mas também por outros dispositivos que se estendem pela sociedade como estratégias de controle, vigilância e domesticação à luz das sociedades de controle, como teorizado por Deleuze (1992).

Yasui (2010b) nos apresenta dois momentos na história da psiquiatria brasileira que têm como preocupação a loucura e o lugar dos saberes psiquiátricos. Primeiro, por volta do século XIX e início do século XX, em que o movimento do saber médico preocupava-se com a organização do espaço urbano e a manutenção da ordem social. A loucura, esta doença tida como especial, requeria ser tratada em um lugar e forma especiais pelo saber médico, assim temos os hospícios participando desse projeto de organização das cidades. No Brasil, os hospícios têm uma construção e arquitetura comuns: distantes do centro da cidade, são lugares fechados, sombrios e arquitetonicamente vigilantes, cujo objetivo era a exclusão de indivíduos não adaptáveis à ordem social. Por volta dos anos 20 e 30, a Liga Brasileira de Higiene Mental surge com a pretensão de se constituir como um projeto de regeneração nacional, com um discurso eugênico, alargando o campo da psiquiatria para instâncias sociais como a família, escola e o trabalho. Percebemos, portanto, que a relação da psiquiatria/saúde mental com a sociedade e, para o que aqui nos interessa, com o espaço urbano, sempre foi muito próxima e cumpria funções bem determinadas.

Para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a relação entre produção de cuidado e território é questão central e norteadora das portarias e leis – em especial daqueles que instituíram os

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos aos manicômios (portaria nº 336/02) –, princípios e diretrizes do SUS. Os CAPS são entendidos como uma estratégia de produção de cuidado, um arranjo institucional, que está em constante processo de construção e reconstrução e traz consigo um leque de possibilidades para além das fronteiras do serviço, em integração e articulação com outros dispositivos. É nesse sentido que “pensar na produção de cuidado em saúde mental, na lógica do território, é estar atento para a diversidade histórica e cultural do local onde está inserido. As cidades são territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços” (YASUI, 2010a, p.03); modos de ocupar diversos, os quais produzem sentido ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas.

A noção de território, apresentada por Milton Santos (2005), por exemplo, não se reduz a uma área física com características estáticas, mas sim um lugar de vida, de inter-relações e de caráter processual, ou seja, apoia-se essencialmente na relação de construção e transformação que se dá entre os cenários naturais e a história social que os homens nele inscrevem e produzem. Dessa maneira, não há como se pensar a construção do cuidado em saúde mental distante do tempo e do lugar em que este cuidado se constitui, já que “o serviço de saúde mental inclui-se como uma das linhas de forças presentes no território, atuando nos contextos reais de vida dos seus usuários, buscando reconhecer possibilidades de produção e potencialização das suas redes sociais” (PALOMBINI, 2007, p.120). Tal maneira de conceber a territorialização do cuidado é importante na medida em que permite atribuir legitimidade aos saberes dos usuários, dos familiares, das pessoas.

Aprender a olhar para o território buscando identificar e utilizar os recursos ali existentes constitui um dos grandes desafios para se efetivar a integralidade do cuidado, pois apresenta-se como potencial para criar redes de relações, redes de afetos, redes de apoio, outras articulações com dispositivos territoriais, alianças e vínculos. A produção de cuidado no território apresenta-se, dessa forma, em movimento e em constante invenção estando para além da rede instituída, para além da doença diagnosticada. Contudo, eis um grande desafio: como encontrar e ativar recursos de singularização locais existentes criando uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu território? Desafio que aposta em criar, nos locais precários e homogêneos, “outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade. Penso aqui na falta de ofertas e de espaços para o lazer, a produção cultural, na maioria das cidades. Sequer o cinema, produto da cultura de massas, sobreviveu” (YASUI, 2010a, p.4).

Coloca-nos, portanto, um desafio que é ainda maior: transformarmos espaços aparentemente nulos de trocas sociais em possíveis espaços terapêuticos, como lugares de intervenção e invenção. Intentamos seguir pistas desses desafios que são colocados cotidianamente quando não nos limitarmos aos modos de produzir cuidado em rede que se refiram exclusivamente aos serviços de saúde, pois entendemos que o conceito de redes de saúde não se limita à integração entre os serviços – é apenas um aspecto deste. Ou quando acompanhamos itinerâncias de usuários pelos territórios da cidade e seguimos rastros de como essas itinerâncias podem se constituir em redes de cuidado, redes de apoios, composta por afetos e encontros.

A perspectiva de territorializar o cuidado tem ganhado cada vez mais centralidade nas políticas e portarias do Ministério da Saúde e nos estudos voltados para o campo da saúde pública. Ressalta-se que a noção de território aqui utilizada não se restringe a um espaço geográfico, uma área física delimitada ou uma organização territorial dos serviços de saúde com limites precisos. Trata-se de um cenário onde a vida acontece ou que “configura-se pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento. O território é uma noção dinâmica, fluida, viva, pulsante, mutante” (DIMENSTEIN et al., 2013, p.42). Conhecê-lo, portanto, é fundamental para o planejamento das estratégias e políticas públicas, pois, dessa maneira, se conhece o local, quem habita o território, as relações afetivas, as trocas, as tensões, as necessidades.

Devido às transformações e ao aumento da complexidade e diversidades das questões socioculturais, o campo da saúde tem incorporado cada vez mais conceitos de diversas áreas de conhecimento como a Geografia, a Biologia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política e a Filosofia. Conceitos como espaço, território e ambiente ganharam lugar nos últimos anos nos estudos da saúde pública, porém, tal incorporação, alerta-nos Moken et al. (2008), traz consigo os sentidos que estes conceitos possuem no seu campo de origem, mas requerem “adaptações” ao novo campo de utilização do qual precisamos estar atentos.

Na categoria de espaço geográfico temos duas concepções comumente encontradas: a primeira quando se refere ao espaço geográfico associado às marcas que a natureza e a ação humana ali imprimem, como também pode referir-se à simples localização, como a global, continental, regional, estadual, etc. Na visão de Santos (1996), no entanto, o espaço geográfico é um conjunto indissociável entre fixos e fluxos, ou seja, de sistemas de objetos e ações. Para o autor, os espaços fixos são aqueles criados pelo homem como as estradas, as indústrias, os hospitais, etc., mas também há os espaços fixos criados pela natureza como os rios, as

montanhas, as praias, as planícies. Os fluxos dizem respeito à movimentação das pessoas, objetos e subjetividades. Os fixos e os fluxos e, por conseguinte, a sua interrelação, correspondem à estrutura do espaço geográfico impossibilita o entendimento do espaço não como estagnação, mas como movimentação, composta pela mútua influência de diversos atores (MONKEN et al, 2008).

Compreendendo o espaço geográfico como uma construção social, a identificação e análise de elementos que o compõe são de fundamental importância, portanto, para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes, bem como para a visualização de vulnerabilidades de saúde de um determinado local. Para Moken et al. (2008) a análise do espaço geográfico em que vivem as pessoas serve não apenas para se ter uma avaliação objetiva das interações humanas com o espaço físico, mas também para identificar as percepções ligadas àquele lugar e que são constituídas de afetividade e identidade.

Esta concepção de espaço teve fundamental importância no campo da epidemiologia no Brasil, em particular nos estudos sobre a relação espaço/doença. Entretanto, o espaço era concebido apenas como um lugar geográfico que podia ocasionar o surgimento de doenças: um espaço desvinculado de aspectos sociais, separado do tempo e das pessoas. No final da década de 1970 surge, então, um movimento intitulado “Epidemiologia Social ou Crítica” que ganha força na saúde pública brasileira e vem difundir uma noção de espaço diferenciada deste campo de conhecimentos. Este movimento considera que, além do espaço geográfico, as condições de vida, os usos sociais do espaço e o contexto histórico e natural também devem ser levados em consideração na análise dos problemas de saúde, pois partem do pressuposto de que “o homem é o promotor da construção do espaço geográfico e, ao imprimir valores a esse processo, confirma-se como sujeito social e cultural” (MONKEN et al, 2008, p.3).

No Brasil, o geógrafo Milton Santos foi o principal responsável pela sustentação do conceito de espaço geográfico socialmente construído no âmbito da saúde. Seus estudos tiveram, e ainda têm, grande influência nas pesquisas no campo da saúde pública, pois este conceito, assim incorporado, passa a considerar as características dinâmicas, processuais e sociais do espaço na análise do processo saúde-doença. Nesse sentido, vemos que a adoção do termo “espaço geográfico” na saúde pública vem ao encontro de um desejo de transformação social e de demonstração dos efeitos das desigualdades sociais na saúde das populações, como uma reação também aos estudos e concepções da epidemiologia clássica.

Entretanto, é o conceito de território que temos visto, atualmente, despertar mais interesse nos estudos da saúde pública, sobretudo no campo da saúde mental na interface com

a atenção básica. No campo da saúde pública brasileira, este conceito adquire destaque, especialmente a partir da implantação do SUS, como um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes desse sistema. Com a implementação do SUS e o funcionamento dos serviços de base territorial, o conceito de território é utilizado enquanto arranjo gerencial e refere-se à delimitação dos espaços para a atuação das equipes, são os chamados “territórios político-administrativos” que, às vezes, restringe-se a um entendimento de simples repartição do espaço geográfico para o campo de atuação dos profissionais.

Em contrapartida, a utilização da concepção de território tal como referido acima tem propiciado reflexões e ampliações nos seus usos e conceituações. Podemos compreender, por outra via, que o processo de territorialização implica não apenas a proposição de área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, mas também mudanças na organização da rede de saúde, nas formas de trabalhar, de acessar os serviços, de habitar no espaço e de gerir os processos em curso. É nessa direção que alguns autores têm sugerido a ampliação do conceito de território utilizado nas políticas públicas de saúde dando lugar a propostas que considerem as questões subjetivas e não apenas físicas e estatísticas.

Nesta direção, portanto, temos visto o uso do conceito de território em sua complexidade e mais alinhado a uma perspectiva de considerar as dimensões culturais, simbólicas, afetivas potencializando a relação entre serviço, o contexto sociocultural, a produção do cuidado e a produção de subjetividade. Não desconsideramos a importância de os serviços de saúde estarem organizados de forma mais precisa e suprimindo a necessidade de certos limites geográficos; entretanto, é necessário que o território seja entendido de forma integrada e não dicotômica, levando em consideração as dimensões subjetivas e afetivas. Assim, entendemos que o território nas políticas públicas de saúde “são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor” (MONKEN et al, 2008, p.16).

Cabe aqui uma observação em relação à escolha feita ao longo deste trabalho por dialogar com dois operadores conceituais que se aproximam, porém se distinguem: cidade e território. Sendo conceitos amplos que remetem a diversas áreas de conhecimento, podem, inclusive, embasar referenciais teóricos distintos. Cientes de tais distinções, optamos por manter ambos no texto, pois entendemos que a ideia de errância, enquanto proposta metodológica aliada à cartografia, ganha consistência através de certas discussões feitas sobre o espaço urbano. Do mesmo modo, trabalhar com o conceito de território mostra-se essencial aos propósitos desta pesquisa, por ser um conceito muito utilizado no campo da saúde coletiva

e largamente citado, inclusive, nas recentes portarias e diretrizes do Ministério da Saúde. Vale lembrar, neste sentido, que os territórios, sejam eles existenciais ou concretos, dizem de um percorrer nas cidades, por suas arquiteturas, em seus espaços que fluem ou dificultam os passos dos errantes. Territórios dizem de itinerâncias que são de sujeitos e cidadãos. Além disso, seguimos a perspectiva dada por Ítalo Calvino no livro “Cidades invisíveis” (1999), em que a cidade deixa ser um conceito geográfico para se tornar um símbolo complexo e inesgotável de existência humana.

Pelbart (2000) também contribui com tal reflexão ao afirmar, inspirado em Deleuze e Guattari, que a cidade é exterioridade por excelência. Isto quer dizer, do ponto de vista histórico, que a cidade existe em função de uma circulação, de entradas e saídas, cuja incumbência é deixar passar os fluxos servindo-se de contraponto ao modo de produção capitalista que captura, tende à homogeneização, à máxima tecnologização e segregação de pessoas e lugares. Sendo assim, o autor afirma que o desafio se constitui em como nos livrarmos daquilo que nos faz permanecer parados no mesmo lugar e sondar que trajetos a cidade produz ou captura, que afetos ela favorece ou bloqueia, que forças que expandem ou capturam a vida. Ora, a cidade é rede, multiplicação, fluidez, escape e dispersão fazendo coexistir regimes de liberdade, diferenças e contaminações. Nesse sentido, o autor formula “o quanto a cidade preserva ainda seu caráter de exterioridade, o quanto ela comporta virtualidades, o quanto ela constitui ainda um meio a ser explorado, o quanto ela se presta todavia a novos trajetos, a novos traçados de vida? ” (PELBART, 2000, p.45).

3. Produção de cuidado em rede no território

Em Raíssa, cidade triste, também corre um fio invisível que, por um instante, liga um ser vivo ao outro e se desfaz, depois volta a se estender entre pontos em movimento desenhando rapidamente novas figuras de modo que a cada segundo a cidade infeliz contém uma cidade feliz que nem mesmo sabe que existe (CALVINO, 1999).

É entre estes fios que ligam uns aos outros, invisíveis para nós, estendidos em meio a um espaço qualquer, ou a nenhum espaço, que se constitui uma rede na qual a vida faz-se possível. Invisíveis, pois, muitas vezes não os enxergamos, mas conseguimos, minimamente, nomear, tecer, desmontar. Contudo, alguns podem se tornar fios-de-aranha, grudentos, dispostos estrategicamente no caminho subjetivo de algumas mosquinhas. Estes fios grudentos, que capturam, se constituem, por exemplo, como um desafio nas práticas de cuidado: os limites entre o cuidado em liberdade e o cuidado que, por vezes, captura, regulamenta e controla a vida. Colocamo-nos, assim, em um incessante exercício de avaliarmos o quanto se contribui para a mortificação ou para a expansão da vida, a dupla face do jogo de forças em que está em questão as estratégias de dominação e as estratégias de resistência.

É pensando nessas vidas possíveis, invisíveis ou não, que abriremos este capítulo com uma experiência de cuidado que se fez itinerante com um usuário de álcool – quando trabalhadora do Projeto Redução de Danos de Aracaju (PRD/Aju) – para pensarmos um pouco mais nesses limites de cuidado que libertam, mas também podem capturar. A narrativa que apresentaremos fala de Sr. Mário, um usuário que conhecemos bêbado e confuso em uma das feiras livres da cidade, na qual trabalhava como “guardador de carros”. Dos primeiros cuidados, realizados naquele dia em que nos conhecemos, até chegarmos às suas trajetórias cambaleantes, muitas coisas aconteceram. Sr. Mário dizia-se só, com “dor de corno” para uma vida inteira e o álcool estava em sua vida para esquecer as tristezas e as dores da rejeição. Também tinha muitos machucados pelo corpo, um corte profundo na cabeça de uma das quedas que levava no meio da rua a caminho do trabalho. As quedas frequentes eram percebidas pelos novos ferimentos que teimavam em aparecer.

Uma itinerância que levou meses, muitos meses, para nós e para Sr. Mário. Após um longo período de contato semanal na feira livre e o estabelecimento de vínculo com ele e com o território de saúde em que morava, passamos a percorrer o trajeto a pé de sua casa à feira livre. Em torno de 40 minutos de uma itinerância compartilhada, experimentando juntos uma

trajetória cambaleante, muitas vezes embalada pelo álcool do qual sr. Mário não abria mão, pois a sensação de torpor dava a impressão de que a vida caminhava de forma menos sofrida. Girava por nós uma atmosfera lentificada, e foram nessas trajetórias que pudemos reconhecer os fios invisíveis que se teciam a partir das referências do território em que vivia e no qual não se fazia tão sozinho assim: a vizinha que oferecia café antes da sua saída, o cachorro que seguia nos acompanhando, e o rapaz mais novo que trabalhava por perto na feira e insistentemente dizia que sr. Mário *“precisava de ajuda, mas era teimoso”*. Havia também uma vala de esgoto, com a qual estabelecia uma forte relação de atração-cooptação, que “puxava” sr. Mário para cair nela sempre que o uso do álcool passava dos limites: um obstáculo no meio do caminho, um limite concreto em meio a seu trajeto que parecia frequentemente apresentar-lhe tanto um “final de linha”, quanto um apelo do “corpo que não aguenta mais” (LAPOUJADE, 2002).

Um corpo que não aguenta mais tudo aquilo que o coage, por fora e por dentro. Uma combinação entre as forças de adestramento e regulamentadoras (FOUCAULT, 1975-1976/1999) em frases como *“não pode isto, não pode aquilo, isto faz mal à saúde, deve-se agir assim, ser assim”*; *“corte este cabelo, faça essa barba, troque essas roupas, cuide dessas feridas”*, como também não aguenta mais aquilo a que se submete de dentro, pois vivia para beber e bebia para anestesiar da vida. Como que para se defender, sr. Mário tentava eliminar estas forças destrutivas do pensamento e as hostilidades que vinham muitas vezes em forma de olhares maldosos, roubos sofridos por outras pessoas que tomavam conta dos carros perto dele, a falta de atenção das pessoas, muitas vezes requerida, a falta de atendimento na unidade de saúde mais próxima. Dizia-se sozinho porque afastar-se do mundo servia-lhe para se manter longe dessas forças exteriores, tendo o silêncio para tornar-se invisível e o álcool para fazer o corpo um pouco mais indolor.

Com sr. Mário, percebemos as possibilidades que se fazem no caminho: não nos importava tanto o início e o fim do percurso a pé da sua casa à feira livre, mas o que acontecia durante todo o trajeto, pois o que importa no caminho da errância do cuidado é aquilo que vai se desenhando em um território vivo e complexo, um campo movente de intensidades. Eram nesses instantes que se davam entre uma coisa e outra, um movimento transversal, com o qual aqueles fios invisíveis dos quais falávamos iam se traçando, fazendo-se e possibilitando que uma rede fosse, enfim, tramada.

Uma maneira de encarar toda esta complexidade movente do território é através do conceito de rizoma, forma de pensar a costura da vida de maneira múltipla proposta por Deleuze e Guattari (1995). Para os autores, podemos pensar o território não como algo estático, mas

como uma zona de intensidade contínua composta por uma multiplicidade de dimensões que se conectam por linhas a outros planos. Essas linhas conectam um ponto ao outro, criando pontos de conexão, linhas que se estendem e desdobram num plano horizontal, de forma acêntrica, indefinida e não hierarquizada, abrindo-se para a multiplicidade tanto de interpretações quanto de ações (DELEUZE e GUATTARI, 1995). Diferente de um mapa estático, a multiplicidade de um rizoma possibilita a produção e a composição de uma cartografia móvel, uma vez que não opera pelo jogo de oposição entre o uno e o múltiplo, não tem começo, fim ou centro, mas é formada por dimensões ou direções variáveis. Constitui multiplicidades lineares, ao mesmo tempo em que é constituída por múltiplas linhas que se cruzam nela, formando uma rede móvel, conectando pontos e posições cujos contornos vão se transformando, conforme o desenho dos percursos. É muito mais andar pelo entre, inventando linhas de vida de acordo com o que se encontra com o corpo, do que iniciar algo com vontade de já terminar, num desejo afoito de determinar e pontuar o destino.

Com isso, em nossa trajetória com sr. Mário, não intentávamos enxergá-lo como uma outra pessoa que não aquela vida cambaleante, pois não tínhamos a intenção de devolver-lhe algo que faltava, como uma condição que antes não tivera: um salário, o convívio com a família, um emprego, uma saúde melhor, uma carteira de identidade. Falamos, portanto, da possibilidade de produção de um cuidado que não quer resgatar uma condição anterior do tipo “bom cidadão”, mas, sim, de produzir novos encontros, produzir “(...) zonas de contato, de tensão e de contágio entre as políticas públicas em AD e entre estas e a vida nas cidades” (VASCONCELOS et al., 2014, p.8). Uma ética de cuidado que não busca comparar vidas e estabelecer um ideal-padrão de sujeito.

Eis os riscos de captura, pois muitos são os melindres e meandros de um cuidado em saúde que tentam adequar o sujeito ao que seria uma saúde perfeita e marcada pelos ditames da ciência. Ao mesmo tempo em que nos lançávamos em um cuidado itinerante e cambaleante com sr. Mário – ou seja, compondo com ele o cuidado – corríamos o risco de adequá-lo àquilo que é uma “melhor qualidade de vida”. Ao mesmo tempo que ofertávamos cuidado, sr. Mário se fechava a outras formas de captura: não aceitava o café da vizinha, não aceitava os conselhos sobre sua saúde, recusava-se ir à unidade de saúde para cuidar dos cortes e feridas, pois lá não era bem atendido e diziam-lhe insistentemente o que fazer sem ao menos ouvi-lo. Questionávamos: que cuidado é esse que ensurdece o diálogo, que direciona o cuidado sem escutar os desejos? Essa é uma maneira de compreendermos como opera o biopoder, sobretudo a biopolítica e a regulamentação da vida, que impõem à espécie modos de viver, modos de ser

tão inviáveis para alguns que acabam sofrendo agressões diárias por suas escolhas ímpares. À medida em que as poucas pessoas diziam a sr. Mário o que fazer, ele se afastava, inventado para si modos de resistir a tudo e a todos. Foi nesse contexto que construímos um vínculo com sr. Mário: não dizíamos o que ele teria ou deveria fazer, mas seguíamos o acompanhando e intervindo onde fosse possível, deixando-nos guiar pelos percursos e pistas que surgiam no caminho.

Mas, muitas são as capturas. Não somente do que “os outros acham que é melhor para nós”, mas as capturas reveladas no modo pelo qual a sociedade vem se organizando. Vidas controladas, regulamentadas pela lógica biológico-científica da biopolítica (FOUCAULT, 1975-1976/1999) que captura ao máximo as singularidades. Há, portanto, uma emergência de certos jogos de saber e de certas relações de poder que, por vezes, podem se tornar invisíveis ou indizíveis para nós nessa linha tênue de produção de cuidado ao dizer o que é melhor para o outro. Jogos de saber e poder que constituem os processos de subjetivação ou modos de vida. Machado e Lavrador (2010), inspirados em Foucault, nos dizem que:

Enquanto o poder é relação de forças, é exercício, o saber é relação de formas, é regulamento. Entre ambos há heterogeneidades, pressuposições entrecruzadas, capturas recíprocas e imanência mútua. O poder envolve matérias não formadas e funções não formalizadas, enquanto o saber envolve funções formalizadas e matérias formadas. As relações de forças desestabilizam as formas, alteram seus contornos. Enquanto os saberes conferem formas às relações de força (p. 124).

Conceber o poder dessa forma implica que este deve ser pensado sempre como relações de poder, luta de forças e não como uma propriedade ou algo substancializado, algo que uma pessoa adquira, possua, perca, guarde ou doe. Sendo assim, torna-se importante discorrer sobre os exercícios de poder ao longo da história, trabalhados por Foucault, e olharmos para a constituição da sociedade de biopoder e o quanto ela influi nos processos de controle da vida cotidiana.

No livro “Em defesa da sociedade”, Foucault (1975-1976/1999) situa a biopolítica no interior de uma estratégia mais ampla que denomina de biopoder, diferenciando do poder de soberania, expondo a diferente relação que cada uma dessas formas de poder tem com a vida e a morte. No regime da soberania, disposto até o século XVII e em alguns casos até o século XVIII, o poder do soberano se faz em sentido único, pois é a vontade do soberano que impera

com o objetivo de reforçar e manter o principado. Há uma relação de exterioridade entre o príncipe e seu principado mantida tanto por tratados quanto pela violência, pelo poder de espada. Assim, vida e morte não são concebidas como fenômenos naturais, exterior ao campo político, mas relacionadas ao soberano, ao poder soberano que *faz morrer e deixa viver*. É menos a vida e mais a morte do súdito que está condicionada aos desígnios do soberano; cabia ao soberano matar aqueles que ameaçassem seu poderio. Aqui, o poder é um mecanismo de expropriação de bens, serviços, trabalho, um direito de apropriar-se de coisas, de corpos, do tempo, da vida, inclusive da morte (PELBART, 2003).

Já na época clássica, Foucault (1975-1976/1999) irá comentar que o poder deixa de se basear na expropriação para funcionar na base do controle e da vigilância. Aos poucos, ocorre a passagem do direito de *fazer morrer e deixar viver* para o de *fazer viver e deixar morrer*. O *fazer viver* a que Foucault se refere, característico do biopoder, se reveste, então, de pelo menos duas formas: a disciplina e a biopolítica. A primeira, analisada por Foucault principalmente no livro *Vigiar e Punir* (1987), tratava do funcionamento de um poder hierárquico baseado no adestramento do corpo, na otimização de suas forças, à base da incitação, do controle e da vigilância. Sob a égide do poder disciplinar, há a edificação de grandes instituições disciplinadoras, adestradoras dos corpos, que conduzem o indivíduo para um percorrer da vida de maneira mais dócil.

A outra forma do poder, surgida a partir do século XVIII, vai imprimir uma nova discursividade do *fazer viver*, a que Foucault vai designar por biopolítica. Tal tecnologia de poder não exclui a técnica disciplinar, mas a integra, pois se utiliza de outros instrumentos sobre o corpo. Seu foco principal não está no corpo-máquina sujeito a uma anátomo-política, como na disciplina, mas sim no homem vivo, homem-espécie. Para Foucault, esta nova tecnologia de poder que se instala “se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” (1975-1976/1999, p.289).

Fazer viver, portanto, é cuidar da população, da espécie, dos processos biológicos, para otimizar a vida e prever tudo aquilo que pudesse sair do controle. É gerir a vida, mais do que exigir a morte. Foucault (1975-1976/1999, p. 297) nos diz que a biopolítica, objetivando otimizar estados de vida, modula equilíbrios e médias, operando uma individualização do corpo que o coloca nos “processos biológicos de conjunto”. Essas duas formas – a disciplinarização dos corpos e a regulação da população – se misturam, ajustando-se melhor às demandas do

capitalismo nascente a partir do advento da nova classe dominante, a saber, a burguesia. Uma tomada de poder sobre o corpo que se faz de forma dupla: sob o modo da individualização e da totalização.

O desenvolvimento da biopolítica refere-se a um deslocamento do poder na modernidade, que muda seu alvo e seu modo de operar. Pelbart (2003) atenta para a lembrança que Foucault faz sobre a inoperância do poder de soberania diante da explosão demográfica e da industrialização no contexto de surgimento do liberalismo burguês. A era industrial ganha fôlego e não bastava tão somente dinamizar as forças dos trabalhadores para que pudessem dar uma resposta melhor em relação à produtividade, ou seja, a gestão do espaço-tempo para uma melhor “otimização das forças”. Com o capitalismo, temos uma socialização dos corpos, pois são, antes de tudo, uma realidade biopolítica, importando tão somente a regulamentação do que é biológico, somático, corporal.

O projeto biopolítico, portanto, pautado em regulamentar a vida, se apoia na instituição médico-psiquiátrica, que ganha força ao nos dizer cada vez mais como viver, como nos vestir, como agir, como ter uma melhor saúde, como cuidar de nossa higiene, como medicar para não enlouquecer, para produzir cada vez mais e melhor, e assim por diante. Assim como falávamos de sr. Mário e nossa ética de cuidado, para qual se constitui um desafio diário escapar das inúmeras capturas do poder que quer controlar, vigiar, manter corpos saudáveis, disponíveis e aptos ao trabalho, que consumam cada vez mais. Quais nossas saídas frente a um panorama atual de biopoder que evita a todo custo que o homem se diferencie e invente o mundo? (PELBART, 2000)

A experiência de transitar pela rua com sr. Mário apresenta-nos, então, estas problemáticas que pautam um cuidado que não se propõe regulamentador da vida, mas que a todo tempo atravessa a linha tênue de um controle operado em rede, que está em todos os lugares, na ordem do dia, administrando as formas de vida e o cotidiano. Sr. Mário nos colocava a questionar sobre os modos de vida que lhes eram constantemente impostos como: se vestir melhor, não beber, cortar os cabelos, fazer a barba, tomar as medicações, tomar banho, fazer as três refeições do dia; ao mesmo tempo que se sentia pressionado justamente por isso. Sofria sóbrio quando das imposições sociais e bebia para anestésiar o corpo e alma. Como escapar a essa lógica? Eis nosso desafio e ética: explorar as capacidades de invenção e resistência, abrir-se às potências por vir, sendo “oposto ao corpo blindando que não pode acolher seres ainda por nascer” (PELBART, 2013).

Tais riscos de regulamentação nos afligiram, principalmente no dia em que fomos à casa de sr. Mário por insistência dele. Dizia-nos que somente assim poderíamos entender melhor quem ele era e as coisas que nos dizia. Fomos e descobrimos a casa como um quarto de entulhos, coisas que considerávamos lixo, um único cômodo ocupado mais com coisas catadas do lixo e da rua do que por ele mesmo. Ficamos estáticas: havia sapo, caixas de ovos, papelão, latinhas de cerveja e refrigerante, lixo, muito lixo de comida, gatos e um fogão improvisado. Aquilo não parecia nos revelar um “outro sr. Mário” ou um “verdadeiro”, como ele insistia em nos mostrar, mas percebíamos que, sim, algo ali dizia sobre ele. Percebíamos o quanto era significativo, para ele, apesar da clara vergonha que sentia, nos mostrar a sua casa. Era uma necessidade de certo reconhecimento e referência; uma compreensão para além do circuito de cuidado “redução de danos-feira livre”. Naquele momento nos demos conta do tal vínculo e confiança que tanto vemos caracterizar um modo de cuidado psicossocial.

Quando parecia que não nos impressionaríamos mais, sr. Mário nos aparece com alguns livros: *“esses aqui são os meus tesouros. Encontro tudo no lixo, guardo em sacola plástica pra não estragar e não molhar quando chove. Penduro na parede pra não se misturar com as outras coisas”*. Dizia passar o tempo lendo e olhando as figuras dos livros, nos contava de biologia ao sistema solar. Tudo aquilo era o importante para ele, ainda dizia sobre ele. Terminamos esse dia com um nó na garganta: em um súbito automático de uma vida a ser controlada, pensávamos o que precisava ser feito ali: não era um lugar seguro, não é possível viver em meio ao lixo, parecia que nosso trabalho não era o suficiente, pois não poderia ser possível uma vida tão insalubre, era preciso intervir com a vigilância sanitária! Atravessadas pela lógica do cuidado prescritivo em saúde, que preza pela objetividade e resolutividade, sentíamos imediatamente a necessidade e responsabilidade (enquanto vigilantes trabalhadoras da saúde!) de resolver esta problemática o mais rápido possível e, por ora, atropelando o tempo daquele que estava ali a ser acolhido.

A lógica prescritiva do cuidado nos cega e não nos permite estar atentos aos atravessamentos que fazemos em relação aos outros. Foi preciso parar, foi preciso um freio para que não cometêssemos “a indignidade de decidir pelo outro”¹⁵, para não cometermos a violência de reproduzir o que sr. Mário nos denunciava: não ser ouvido, não poder mostrar-se quem é, não ser compreendido e ter forças para a própria mudança que indicava buscar. Contudo, é no contato com tais acontecimentos, com, justamente, o inesperado do cuidado que se faz na rua,

¹⁵ Alusão ao título de Foucault em “Os intelectuais e o poder” (1972/2010).

marcados de supresas, que nos oportuniza uma desconstrução de modos disciplinares e regulamentadores. Tais encontros nos dão a oportunidade de perceber as sutilezas e compor um cuidado que se faz junto, com anseios, medos e desejos do outro, mas também dos nossos, pois é necessário um investimento afetivo peculiar a essa trama de cuidado, ora acelerado e ora vagaroso.

Sr. Mário resistia? Ao menos nos parecia que sim, ao tentar sustentar uma forma de vida, a princípio, fora do comum. Entretanto, resistia sobrevivendo, anestesiando o sofrimento com álcool, expulsando qualquer sinal de dor e sofrimento. Foucault comenta que é no ponto em que o poder incide com força maior, a vida, que se ancora também a resistência. Para Pelbart (2013, p.34), é, então, no extremo de uma *vida nua* (uma vida reduzida ao estado de indiferença, impotência e banalidade biológica) que se descobre *uma vida*, a capacidade de diferir, inventar formas e modos de existência, ali onde já nem o biopoder “pega”.

É sobre a vida, portanto, que o biopoder incide. É o superinvestimento no corpo que caracteriza a nossa atualidade. E, um superinvestimento traduzido em adequar o corpo às normas científicas da saúde, longevidade, equilíbrio, idealização da imagem corporal em nome do bem-estar. Ou seja, “o espetáculo anêmico da vida se arrastando como uma sombra de si mesma, nesse contexto biopolítico em que se almeja uma existência asséptica, indolor, prolongada ao máximo, na qual até os prazeres são controlados e artificializados: café sem cafeína, cerveja sem álcool, sexo sem sexo (...)” (PELBART, 2013, p.28).

Diante disso, das resistências, dos riscos de captura e da relação de vínculo estabelecida, sr. Mário nos indicava caminhos a seguir: ao mesmo tempo em que se fechava e resistia, apresentava-nos também uma necessidade de saída, de mudança. “Seria preciso retomar o corpo naquilo que lhe é mais próprio, sua dor no encontro com a exterioridade, sua condição de corpo afetado por elas: sua afetabilidade” (PELBART, 2013, p.31). Eram de afetos e encontros que movíamos a produção de cuidado no território, estabelecendo redes e pontos de apoios por vezes invisíveis, mas que impulsionavam o acompanhar itinerante a que ele ia nos guiando. Tecendo redes, movendo afetos, cultivando espaços de uma vida por nascer.

Sr. Mário nos demandava muita atenção, além das caminhadas, passávamos horas conversando na feira livre, entre corridas de sr. Mário para orientar os carros a estacionar e uma ou outra abordagem que fazíamos nos arredores da feira. O laço de confiança com sr. Mário, construído nesta itinerância, nos permitiu por vezes intervir, compor, criar caminhos e direcionamentos terapêuticos. Chegamos a um momento de pensar que ampliar a rede de

relações de sr. Mário pudesse ser interessante para que outros cenários compusessem seu repertório existencial, para que pudéssemos transitar em outros territórios. Propusemos, então, conhecer o CAPS AD que ficava perto do seu local de trabalho. Explicávamos do que se tratava aquele serviço de saúde, como funcionava e que nosso objetivo em lhe apresentar era para que ele experimentasse conversar com outros profissionais, verificar se era necessário resolver a falta de alguns documentos, trabalhar um pouco mais a questão da bebida que o fazia perder amigos e dinheiro (pois quando bêbado xingava as pessoas, ficava agressivo, e vulnerável roubos), além de proporcionar conhecer outras pessoas, outros lugares. Explicamos que continuaríamos seguindo o acompanhamento em RD, na rua, junto a ele, mas que achávamos que conhecer outros lugares poderia ajudá-lo a sentir-se menos solitário.

Em um pedaço de papel colocamos o endereço, o horário de funcionamento e o ônibus que passava na porta do CAPS AD. Muitos dias depois sr. Mário vai ao CAPS AD sozinho e passa a frequentar o serviço três vezes na semana. Nas primeiras semanas notamos uma mudança significativa: roupas limpas, banho e novos assuntos para conversar conosco e com outros usuários. O repertório de conversa também era outro: por vezes esquecia da ladainha da traição da mulher, do abandono da família, dos traumas de infância e de como o mundo era injusto com ele. Não desconsiderávamos esse discurso, contudo, percebemos que a oferta de outros lugares de circulação era uma maneira de experimentar o mundo de outras formas, arriscar-se nas relações da vida, a fazer diferente da ladainha que reeditava a todo momento, suas dores e lamentos. Já vinculado a nós, conta-nos as novidades sobre si em que podíamos interpelá-lo de maneira a deslocá-lo do discurso repetitivo.

A proposta para sr. Mário era de outros lugares de circulação. Naquele momento, apostávamos em um serviço de saúde para compor com os outros territórios que percorríamos. No CAPS AD víamos uma saída: era um momento de muita movimentação no serviço, pois, com a semana da luta antimanicomial, muitas atividades, passeios e oficinas aconteceriam em diferentes pontos da cidade; a oficina de surf na praia era uma das mais procuradas; a oficina de contação de histórias de vida que acontecia semanalmente em um lugar diferente da cidade; além do contato com outras pessoas como usuários, profissionais, residentes, estagiários. Nesses espaços que compunham um novo transitar – da rua para o CAPS AD, do CAPS AD para a praia, da praia para a feira, da feira para a casa –, tínhamos a oportunidade de acompanhá-lo numa itinerância também de construção de outros vínculos sociais.

Para nós, não era tarefa simples sair do campo do já conhecido, mas víamos a necessidade de minimamente fazer algo diferente. Fazíamos sem perceber, falávamos que isso

era trabalho em rede, mas não nos dávamos conta e seguíamos rastros de produção de redes que perpassavam a dimensão dos afetos e da sociabilidade. Afeto, vínculo e confiança era o que ia crescendo nas nossas itinerâncias cambaleantes. O desafio em acompanhar exigia-nos suportar a errância, o lixo, as latinhas e papelões, os restos de comida para acharmos dentro do caos alguma ponta de território em que sr. Mário se apoiava, como os livros protegidos que serviam de muros para o cambaleante se apoiar e não cair pelas calçadas.

Inúmeras são as experiências com sr. Mário que nos marcaram de surpresas: como o dia que relevou o desejo de mudar de visual e pediu nossa ajuda para fazer a barba e raspar o cabelo; ou o dia em que nos prometeu beber só um litro de cachaça, mas não aguentou e bebeu três litros porque vira o filho passar na rua e não o reconhecer; ou no dia que revelou ter chorado a noite toda por achar que algo nos tivera acontecido na rua já que não aparecemos na feira um dia para trabalhar. Percebíamos que a nossa presença na vida de sr. Mário, e ele nas nossas, não era algo simples: havia expectativas de ambas as partes e motivações que se davam no cotidiano de nosso trabalho. Motivações que, ao ouvi-lo, nos colocavam às voltas com a questão de promover autonomia e protagonismo. Mais tarde, isto se colocaria como questões de investigação: quais as condições de possibilidade da construção de autonomia para os sujeitos? Como as redes podem contribuir na sua constituição? Seria possível pensar em um “cuidado de si” para vidas tão abandonadas pelos “cuidadores” tradicionalmente entendidos (família, amigos, estado...)? Seriam vidas já sentenciadas que não anunciam nenhum possível?

Quando falamos em vincular estratégias de cuidado em rede com um tipo de cuidado que é tecido nas itinerâncias, percebemos nessa construção, sempre singular, uma possibilidade para o aprofundamento do processo de desinstitucionalização. Essas redes traçadas e produzidas nos territórios permitem sustentar a proposta deste trabalho, no qual produção de saúdes possíveis para cada sujeito singular se dá em rede, compreendidas como redes de conversação ou redes afetivas que extrapolam os serviços e equipamentos de saúde. Nesse sentido, como nossa pesquisa se dá no campo de discussões da Saúde Mental na Atenção Básica, tendo o processo de desinstitucionalização como pano de fundo, faremos a seguir uma breve análise do conceito de rede e seus mais variados usos, com base em autores que são referência na temática analisada.

3.1. Concepções sobre redes de saúde

Em diversas áreas de conhecimento, a noção de rede tem se tornado importante em seus vários usos e concepções. Até a década de 1980, quando se falava em rede referia-se, principalmente, os estudos de geografia urbana (SANTANA, 2004; 2007; SANTOS, 2005). Há também estudos desenvolvidos na sociologia e na antropologia que se referem às redes sociais (HESPANHA et al., 2012; 2011; PORTUGAL, 2014). No senso comum, podemos nos referir às diversas analogias que rapidamente nos vêm à mente: a rede de pesca feita de fios entrelaçados, a rede da internet (que é uma malha virtual de informação), uma rede de supermercados, de telecomunicação, de eletricidade, dentre tantas outras. No campo da Comunicação Social e Sociologia (PARENTE, 1993, 2004, 2007), por exemplo, a discussão tem pautado questões atuais sobre o que vem a ser as sociedades em redes e as redes virtuais.

Percebemos, portanto, que o conceito de rede é bastante complexo e por vezes pode tornar-se confuso, pois é polissêmico e, como vimos acima, pode ter um sentido diferenciado para diferentes entendimentos. Segundo Saidón (2008):

Quando nos referimos ao trabalho em rede ou aos sistemas de pensamento em rede, surge uma multiplicidade de sentido. O termo “rede”, em sua polivocidade, nos remete, por um lado, a uma linha mais conceitual e, por outro, comporta um sentido puramente técnico e instrumental. Em alguns casos, é uma proposta de ação e, em outros, se estabelece como o próprio modo pelo qual o funcionamento do social acaba se efetuando na atualidade. Em certos casos, trata-se de um modo de organização e institucionalização de projetos e, em outros, é a forma de resistir ao instituído dominante, criticando a organização centralizada e piramidal (p.167).

A assimilação do conceito de rede representou uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde, pois se propõe a desfazer hierarquias ou lógicas de produção de cuidado verticalizadas. Antes da Reforma Sanitária brasileira, o modelo em voga acerca da organização da atenção no campo da saúde configurava-se de forma centralizada e sustentada na divisão de espaços de cura e prevenção. Nesta época, por volta da década de 70 do século passado, o sistema de saúde era gerenciado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e estabelecia a oferta de assistência médica e hospitalar apenas para beneficiários. Neste modelo, por exemplo, os municípios serviam apenas de endereço para unidades de saúde e outros serviços contratados, não existindo espaço de gestão compartilhada, pois eram gerenciados diretamente por outras esferas de governo e o município servia apenas de executor das ações. Imperava, neste sentido, a lógica de mercado, a partir do momento em que os serviços

e equipamentos de saúde iam se instalando nos territórios sem um diálogo com as políticas e necessidades locais. Righi, (2005) destaca:

A distribuição de serviços e de tecnologias de saúde foi coerente com o modelo hegemônico e com os propósitos de governo que sustentaram esta ação: serviços mais valorizados, localizados em lugares mais desenvolvidos, com espaços adequados à tarefa a ser desenvolvida reforçaram, nas cidades maiores, sua condição de centro, e os serviços básicos, primários, simples e quase improvisados reforçaram, em lugares periféricos, sua condição de periferia, que abrigou o que restou do centro (RIGHI, 2005, p.78-79).

Após 1988, com a Reforma Sanitária brasileira, o processo de descentralização é valorizado e torna-se um dos princípios do SUS. Nesse novo arranjo organizacional, é dado ao município o direito de executar e gerir as ações de saúde em seu território e, as unidades básicas e os serviços contratados (os hospitais de pequeno porte, por exemplo) ficam sob a gestão dos municípios de pequeno porte. A descentralização na saúde com ênfase na municipalização, portanto, inaugura uma nova configuração do sistema de saúde, mais democrático, e com mudança de modelo de gestão acentuando atribuições aos municípios.

Entretanto, alguns autores (RIGHI, 2005; 2014, CAMPOS 2007) apontam falhas no processo de descentralização, sobretudo, no que diz respeito aos problemas relativos à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços de saúde em razão dos milhares de sistemas locais isolados. Com a insuficiência de recursos financeiros, os municípios ficaram isolados na organização e gestão das redes de saúde, contribuindo para que numa mesma região houvesse acentuadas desigualdades, por exemplo. Algumas pesquisas nacionais mais recentes (TRINDADE; PIRES, 2013; DIMENSTEIN et. al., 2005; DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013) apontam, como principal fator a enfraquecer os princípios de descentralização e integralidade da atenção à saúde, a falta de investimentos em recursos humanos e materiais, além de certos desconhecimentos dos princípios e diretrizes do SUS.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a implementação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde é vista “como estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do Sistema Único de Saúde em âmbito nacional”. O documento que trata do tema assume a ênfase no processo de regionalização, como forma de contribuir para os atuais avanços do SUS. Campos (2014), ao trabalhar com a hipótese e a constatação de que o modelo de gestão do SUS está esgotado e que seu principal problema seria a fragmentação, afirma que a “regionalização é o futuro do SUS” Nesse sentido, ele avança na proposta de tornar o SUS uma autarquia pública – uma organização

federal, estadual e municipal –, tendo como núcleo organizativo as regiões de saúde existentes, com vistas a superar a fragmentação, o uso irracional de recursos e a iniquidade. Portanto, a principal estratégia da regionalização é a articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) convocadas a repensar a forma organizacional do SUS e a relação interfederativa que esta produz (YAHN; YASSUI, 2014).

Até aqui vimos um uso da concepção de “redes de saúde” como aquela sendo composta pelo conjunto de serviços e equipamentos que se dispõem num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Este uso se refere também à estrutura organizacional do SUS, que almeja tornar-se mais descentralizada e regionalizada, na qual os serviços se comuniquem melhor, os encaminhamentos sejam mais efetivos e qualificados e que, principalmente, o território seja valorizado. Assim, “a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta” (BRASIL, 2009, p.8).

Ao falarmos, entretanto, em uma produção de redes de cuidado para além dos serviços de saúde, apostamos não só em um olhar mais atento para o que está presente no território e que pode compor um cuidado mais informal. Apostamos também em uma compreensão de rede que está em constante transformação, à mercê dos seus atores, adaptando-se às variações dos espaços e às mudanças do tempo, pois as redes “são móveis e inacabadas, num movimento que está longe de ser concluído” (RAFFESTIN, 1993, p. 204), “são estáveis e, ao mesmo tempo, dinâmicas. Fixos e fluxos são intercorrentes, interdependentes” (SANTOS, 1996, 221).

Como já dissemos anteriormente, para muitos dos nossos serviços de saúde, o cuidado operado em rede – ou seja, um cuidado compartilhado entre serviços, entre profissionais e entre estes e o território – ainda é um exercício tateante e incipiente, ficando, muitas vezes, limitado ao próprio atendimento ou fluxo pré-estabelecido da atenção ao cuidado. Assim, as ofertas e opções de cuidado tendem à homogeneização.

No cuidado realizado ao sr. Mário, por exemplo, apesar de recorrermos ao CAPS AD como uma forma de ampliar sua rede de relações, fizemos o caminho inverso. Não nos limitamos ao que era oferecido pelo PRD ou pelo CAPS AD: queríamos ampliar as ofertas de cuidado. Alternativas e ofertas de cuidado que se davam tanto nos serviços de saúde, quanto no seu território existencial e de trabalho: com a vizinha que oferecia café, com o guardador de carros que ficava próximo e cuidava de suas quedas, da dona do salão de beleza que o lembrava

do horário dos remédios, fizemos circular redes de apoio, incorporando a dimensão social na construção de redes. As redes sociais formam “territórios afetivos” ou “territórios solidários” que podem ser fundamentais na vida das pessoas, sendo muitas vezes mais importante do que a rede técnica, já que “o estabelecimento das redes de solidariedade nas comunidades pode ser fator de promoção de saúde e de criação de ambientes saudáveis” (MONKEN et al, 2008, p.9).

Complementar a esta concepção, encontramos o trabalho de Teixeira (2003), que apresenta um conceito de rede bastante particular que é o de “rede de conversações”. Para o autor, redes de trabalho em saúde não se resumem apenas ao trabalho dos profissionais ou a interações entre estes, mas a todo um esforço coletivo envolvendo a participação de múltiplos atores e agentes sociais. Teixeira (2003) afirma que tem procurado uma releitura teórica das redes de serviços de saúde, fundamentalmente uma releitura segundo categorias comunicacionais que têm permitido observá-las de forma mais ampliada. Uma vez que produzir saúde é uma tarefa amplamente coletiva, entende-se que a participação de todos os agentes envolvidos direta ou indiretamente nas condições de melhoria de vida e saúde de indivíduos e população constitui um elemento integrado a redes mais amplas de trabalho social. Esse novo olhar sobre os processos de trabalho que se dão no encontro trabalhador-usuário segundo categorias comunicacionais permitiu ao autor reconhecer que a matéria do trabalho em saúde é, fundamentalmente, a conversa.

A partir desses entendimentos, buscamos uma tendência teórica e política que convoca a um movimento de produção de redes através do fortalecimento de relações horizontais, da valorização de práticas e espaços coletivos, das itinerâncias produzidas no território e dos vínculos afetivos entre usuários, profissionais, serviços e os diversos pontos que compõem essa rede, como dispositivos terapêuticos que se situam entre a clínica e a política. Nesta direção, exploraremos um pouco mais as redes de conversações e redes afetivas produzidas nas relações de cuidado.

3.2. LINHAS ERRÁTICAS: a provocação do inesperado para a costura da rede

Tento explicar que as coisas, as pessoas, são compostas de linhas bastante diversas, e que elas não sabem, necessariamente, sobre qual linha delas mesmas elas estão, nem onde fazer passar a linha que estão traçando: em suma, há toda uma geografia nas pessoas, com linhas duras, linhas flexíveis, linhas de fuga, etc. (DELEUZE e PARNET, 1998)

Deleuze e Guattari (1996), inspirados na experiência de Deligny com crianças autistas nos anos 70, em uma comunidade no interior da França, apresentam um modo de pensar o mundo baseado em linhas de diferentes naturezas que atravessam indivíduos, grupos e instituições. Através da experimentação de criação de mapas com as crianças autistas, Deligny distinguia as “linhas costumeiras” e as “linhas de errância”, uma imagem de rede como uma teia ou mesmo um emaranhado de linhas – podendo ser mais duras ou flexíveis, molares ou moleculares, como caracterizam posteriormente Deleuze e Guattari (1996). O mapa era composto de linhas mais duras para o trajeto costumeiro (linhas de controle), a saber, a família, a profissão, o trabalho, a escola, a fábrica, etc., ou seja, todas as espécies de segmentos bem determinados que nos recortam em todos os sentidos (DELEUZE, PARNET, 1998). E, de outras linhas mais flexíveis ou flutuantes, para o trajeto errático, ou ainda, as linhas de fuga que produzem desvios e falam de nossas mudanças e memórias. Por exemplo, uma profissão é um segmento duro, mas o que perpassa por ela e por nós, as conexões e atrações com este movimento são as linhas de fuga. É essa rede, portanto, composta por linhas que escapam, que produzem variações e desvios, que habitamos. Para Pelbart (2013), também inspirado na direção dada pelas experiências de Deligny, a rede é desprovida de finalidade, precisa ser tecida e criada, perdendo sua potência de apreender o inusitado se partir do pressuposto de uma finalidade ou razão de ser rede.

Como apontamos anteriormente, podemos pensar o território, também, nesta perspectiva, como uma rede rizomática não linear, que não se apresenta capturada em um território único, em um espaço geográfico definido. Para Deleuze e Guattari (1996):

Fernand Deligny transcreve as linhas e trajetos das crianças autistas, faz mapas: distingue cuidadosamente as 'linhas de errância' e as 'linhas costumeiras'. E isso não vale somente para os passeios, há também mapas de percepções, mapas de gestos (cozinhar ou recolher madeira), com gestos costumeiros e gestos erráticos. O mesmo para a linguagem, se existir uma. Fernand Deligny abriu suas linhas de escrita para linhas de vida. E constantemente as linhas se cruzam, se superpõem por um instante, se seguem por um certo tempo (p.77).

Deligny, em sua convivência com os autistas, compreendeu que eles tinham um modo de estar no mundo diferente, que não seguia o registro simbólico da linguagem em quatro elementos que comumente se pressupõe, a saber: a vontade, o objetivo, o rendimento e o sentido. Intentava, contudo, abrir espaços e possíveis, como que “limpar o terreno” para que os

trajetos de errância pudessem surgir e a partir delas construir novos traçados, sem necessariamente início e fim, sem um desejo imposto por outro. Através da construção de mapas onde as linhas erráticas e linhas costumeiras iam tomando forma a partir dos trajetos feitos por eles ao longo de um dia, que Deligny tornava concreta as experiências erráticas dos autistas e das equipes de adultos que acompanhavam as crianças.

Com essas experiências, Deligny chega à conclusão de que tecer uma rede é, para o ser humano, uma ação que não se inscreve na dialética da comunicação ou da finalidade, pois esta não necessitaria de um registro simbólico da linguagem. Nesse sentido, Pelbart (2014) relata que Deligny ficava sempre às voltas com a questão entre o *fazer* e o *agir*, contrapondo-os: o fazer sendo fruto sempre de uma vontade dirigida a uma finalidade, ao passo que agir “é o gesto desinteressado, o movimento representacional, sem intencionalidade, que consiste eventualmente em tecer, traçar, pintar, no limite até mesmo em escrever (...)” (p.261). Tecer redes, portanto, não requer finalidades, não tem outro objetivo senão o de apreender as ocasiões e encontros que o acaso oferece, dispensa um desenho previamente almejado. Pois, “quando há um claro desenho prévio almejado, presente na cabeça do autor, é aí que desaparece justamente a dimensão o ‘agir’, do vagar, em favor do ‘fazer’, portanto já finalizado, com o que desaparece o caráter de rede” (idem, p.262). A rede é, então, desprovida de todo e qualquer *para*, como afirma Deligny e, voltada, sim, a um *fazer com*.

Entretanto, constitui-se ainda um desafio: “como evitar que a rede seja engolida pelo projeto pensado, mesmo sabendo que a rede carregará algum projeto, eventualmente?” (PELBART, 2013, p.276). Suspender, portanto, o privilégio do que já está pensado, colocar-se na posição de não falar sobre o outro, decidir sobre o outro, de resolver qual melhor forma de cuidar é, por vezes, um desafio. É preciso, afirma Pelbart (2013), livrar-se do que “recorta o mundo em sujeito/objeto, vivo/inanimado, humano/animal, consciente/inconsciente. Só assim é possível traçar linhas de errância, estabelecer lugares” (p.261).

Trata-se, portanto, de livrarmo-nos de uma abordagem dicotômica da realidade, característica da modernidade, que pensa o mundo de forma fragmentada e hierárquica. Segundo Escóssia (2009), “tal lógica de pensamento e análise do mundo se tornou hegemônica a partir do século XVII e foi gerando, ao longo dos séculos, pares de opostos como: individual-coletivo, ciência-arte, tecnologia-cultura, sujeito-objeto, natureza-cultura, mente-corpo, trabalho manual-trabalho intelectual, psíquico-social, saúde-doença e normal-patológico” (p.690). Esta concepção parte do pressuposto de que as coisas estão dadas *a priori*, não levando em consideração os processos históricos, políticos, sociais que os engendram. Além disso, parte

também de uma lógica dicotômica entre indivíduo e sociedade, um entendimento muito simplista que define a individualidade como aquilo que há de mais interno ao indivíduo, de sua natureza privativa.

Ao ir de encontro a essa concepção dicotômica, Deligny afirma que o humano não é o ser da razão, mas sim o ser de rede. Ou seja, a rede seria uma necessidade vital dos homens e não simplesmente uma condição social. Pelbart, então, nos dá um sentido: “se, como o diz Deligny, todo homem, em qualquer lugar ou época, é ser de rede, isto não significa uma universalidade do coletivo, nem sequer da comunidade, no sentido de um circuito fechado, mas a necessidade de uma ‘saída’ ” (2014, p.263). Assim como a noção de rede apresentada por Deligny não é um conceito que individualiza, não diz de um circuito fechado ou autorreferido, temos o conceito de coletivo apresentado por Escóssia (2009) que também serve para ir além de uma visão excludente e dicotômica da realidade.

Escóssia (2009; 2014) expõe uma discussão sobre as práticas no campo da saúde pública a partir do conceito de coletivo: destaca algumas vias possíveis de apreender o conceito que se coloque como alternativa às dicotomias estabelecidas entre indivíduo e sociedade, com base nas abordagens de Simondon, Deleuze, Guattari e outros autores. Esta análise e apreensão do conceito irá nos interessar na medida em que estabelece experiências no plano relacional, quando podemos conceber e experimentar espaços coletivos e como, de certa forma, podemos estabelecer uma articulação com o conceito de redes do Deligny para pensar os modos de cuidado na saúde em que vimos apostando.

O conceito de coletivo, portanto, não se dá por oposição ao indivíduo, pois não se confunde nem com a noção de social totalizado (ou coletividade) nem com a interação entre indivíduos. Para ultrapassar tal dicotomia, Escóssia (2009) trabalha com o conceito apreendendo-o a partir de dois planos distintos e inseparáveis, a saber: plano das formas e o plano das forças. O plano das formas diz respeito às formas constituídas ou, como diz Lourau, o plano do instituído, do que está dado. E, o plano das forças como o plano de criação, o plano instituinte (LOURAU, 1993) ou plano das relações (VEYNE, 1982).

A constituição do coletivo implica uma ética da invenção, indo de encontro a uma realidade definida *a priori*, como comentávamos acima, paralisante e baseada em normas cristalizadas. As classificações, hierarquizações, dicotomias precisam ser afetadas para instaurar condições de diferenciação recíproca, produzindo e agenciando vetores de criação de novas formas que não pertenciam a nenhum dos componentes já existentes e nem ao somatório

destes. É no encontro, no contágio recíproco que outras formas, outras normas e outros planos se tornam passíveis de construção e de mudança. Por isso, a inevitável relação entre os dois planos, das formas e das forças, reafirma a ideia de que estes se distinguem, mas não se separam.

Para Escóssia e Kastrup (2005), a noção de rede contribui também para a ultrapassagem dessa dicotomia entre indivíduo e sociedade, principalmente tal qual desenvolvida por Bruno Latour. Para as autoras, “o coletivo pode ser entendido como rede social, desde que se garanta o princípio da heterogeneidade do social, assim como de toda e qualquer entidade, seja ela um indivíduo, uma comunidade, um texto ou um objeto técnico” (idem, p.301). Ou seja, não se define pela busca de uma unidade, estática ou cristalizada, mas sim plural e em movimento, conferindo-lhes formas sempre provisórias.

Entender as redes como coletivas, ou seja, híbridas e mutantes, significa conferir-lhe uma capacidade de mudança constante em sua própria ação. Isto corresponde ao entendimento de rede trazido por Deligny, em que este é fruto de ações, à mercê dos encontros e daquilo que se agencia, estando livre de finalidades ou roteiros previamente estabelecidos. O modo de funcionamento de um plano coletivo é colocado a partir da relação que surge com o plano de criação, como plano de coengendramento entre os seres (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

Escóssia e Kastrup (2005) ressaltam que o plano coletivo e relacional é também o plano de produção de subjetividades. Subjetividade entendida como um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, e assim por diante. Subjetividade não sendo sinônimo de indivíduo, sujeito ou pessoa, mas sim de processos de subjetivação sempre coletivos, na medida em que agenciam estratos heterogêneos do ser. Os processos de subjetivação são múltiplos, heterogênicos e podem resistir às diferentes tentativas de modulações que caminham rumo à homogeneização das formas de existência fazendo com que os sujeitos inventem outros modos de existir, colocando em rede sua sinergia e ativando uma potência de singularização. “Trata-se, aí, do movimento de “outrarmo-nos” que advém da possibilidade de acessar esse plano de constituição, essa multiplicidade que é nossa matéria, que é a pedra de toque para pensarmos o coletivo” (BARROS; PIMENTEL, 2012, p.6).

Temos dito, a todo tempo, sobre a necessidade de diálogo, de conversa, de tecer redes de conversações entre profissionais e usuários para a garantia de uma produção de cuidado mais integral. Falamos também no cuidado itinerante tecendo redes e apostando em *fazer com o outro*, com o usuário. Na produção de cuidado em saúde, portanto, estamos sempre valorizando

a criação de espaços coletivos – coletivo tal qual falamos até o momento – nas práticas cotidianas de atenção e gestão, tais como reuniões de equipe, assembleias, grupos terapêuticos, dentre outros que se configuram como aspectos indispensáveis do cuidado em saúde no SUS e para além SUS.

A aposta em espaços cada vez mais coletivos é para que se possa instituir processos de compartilhamento entre sujeitos e grupos, que não sejam meros espaços de representação formalmente instituídos, mas que sejam espaços onde opere o protagonismo e cujas diferenças entre os sujeitos possam causar ressonâncias no outro, garantindo o acesso a um plano de construção de sujeitos e grupos. Aposta-se em espaços em que os agenciamentos sejam possíveis, pois “agenciar-se com alguém não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela (ESCÓSSIA, 2005, p.692).

A noção de vagar nas tessituras de redes e relações nos remete ao cuidado em saúde de que falávamos no início do capítulo. Vagar por um cuidado errante e itinerante: errante por seu próprio caráter de incertezas e tentativas, agir sem pretensões e itinerante por se propor a acompanhar, ir ao encontro do outro sem estabelecer condições prévias para se realizar o cuidado. Um cuidado que acontece pelo encontro, pelos agenciamentos, pelo que é possível. Com sr. Mário, traçamos trajetos à medida em que os encontros iam se dando, a medida em que surgiam demandas e possibilidades nos territórios. A experiência com sr. Mário nos possibilitou tecer redes que para nós não estavam dadas, arriscando seguir junto (*fazer com*), acompanhar radicalmente, com as demoras e as esperas dele, com as nossas e, também, de nossos serviços, quando se fazia necessário.

O cuidado errante e itinerante implica o desafio de produzir um cuidado capaz de absorver, em suas intervenções, o inesperado ou o não-programado em termos da atenção prevista compondo com o tempo do usuário. De fato, é um desafio imposto a todo e qualquer serviço de saúde; entretanto, é na rua que estas situações parecem impor-se de forma mais intensa e inusitada. Um desafio, também, que provoca os trabalhadores e cuidadores em saúde: como investir em um cuidado em saúde que seja sensível à imprevisibilidade?

É nesse sentido, portanto, que “não se trata de encontrar o que já existe, nem mesmo o que se procura, mas de criar através desse vagar aquilo que se encontra – é uma pesca que cria o peixe, por assim dizer. É uma pesca de rede, ali onde não há nada” (PELBART, 2013, p.262).

Tal concepção, faz-me lembrar de frases corriqueiramente ditas pelos trabalhadores e usuários da pesquisa-maior (mas que poderiam ser ouvidas em qualquer lugar) referindo-se à articulação entre os serviços de saúde e a rede intersetorial: “o problema nosso, aqui, é essa tal de rede que é furada”; “rede mesmo não existe”; “resolveria se fizéssemos o trabalho em rede, mas ele não existe”, dentre tantas outras similares a essas. De antemão, podemos notar certa confusão da noção de rede (ou de fazer rede) com a noção fluxo dos serviços de saúde. Muitas das queixas dos trabalhadores e dos usuários são dos próprios fluxos programados (organograma) que não dão conta das demandas, das singularidades e especificidades de cada usuário, ou mesmo não funcionam em plena qualidade. Ou, ainda, nota-se uma rede entendida, tal qual falávamos anteriormente, como algo heterogêneo, pronto e acabado, produzindo somente encaminhamentos. Entretanto, o que apostamos aqui é pensar a rede como acêntrica e reticular, e o que a faz manter-se viva é aquilo que pode ser inventado e criado. Não é encontrar o que já existe, mas buscar naquilo que se produz no encontro, possibilidades que ativem certa potência de vida. É uma busca desinteressada em que não há início, meio e fim, mas que se deixa levar por trajetos errantes e cambaleantes percebendo o que surge como potência, como acontecimento. Pois, as redes são tecidas, necessitando de todos os seus atores e lançando mão de ferramentas como linhas e agulhas para fazê-las ganhar corpo, produzir encontros já que

só há acontecimento no encontro, é no encontro que algo nos acontece e se produz como causa de si em nós. E o que seria verdadeiramente impossível é que o acontecimento deixasse de ser singular e fosse o mesmo ou igual para cada modo de vida ou de ser. Todo acontecer nos coloca necessariamente na dimensão do inédito e da diferença irreduzível, incomparável (FUGANTI, 2012, p.78).

Portanto, não temos dúvidas ao afirmar que o cuidado em saúde mental, o trabalho realizado na rua, o cuidado itinerante, não se estabelecem a partir de protocolos duros e imutáveis. O cuidado em saúde mental não pode ser pensado de forma unificada porque está sempre lidando com especificidades bem contundentes. A loucura, em dado momento histórico, tensionou a sociedade abrindo o campo de discussões para a diferença e a cidadania. O tema das drogas hoje, por exemplo, veio também para bagunçar o cuidado psicossocial: tensiona para uma temática multirreferencial, tabu na sociedade, defendendo radicalmente o direito de todos à saúde e ao cuidado. É nesse sentido, ainda, que o território da saúde é um território relacional, entre pessoas, usuários e trabalhadores, entre, também, âmbitos de atenção da saúde diferentes.

Campos, em entrevista concedida a Liane Righi (2014), afirma que o trabalho em saúde se aproxima muito ao trabalho de artesanato, pois “a possibilidade de mecanizar, de

automatizar, padronizar, protocolizar o trabalho em saúde é baixa porque a ação clínica, a ação terapêutica, a ação de reabilitação, a ação de promoção, têm uma relação diferente com a técnica, uma relação diferente com o padrão” (p.1146). Ou seja, há a necessidade do profissional de saúde se apropriar das técnicas e habilidades, mas quando estamos com o usuário, afirma Gastão, há sempre necessidade de criação de algo que vá além das técnicas e protocolos. Isso, por sua vez, se deve à complexidade do processo saúde-doença em que diversos fatores sociais, subjetivos, orgânicos e políticos estão envolvidos.

O que o cuidado itinerante nos aponta e a afirmativa de Campos reforça é que não basta ter protocolos, não basta ter a técnica e os insumos necessários: o que será decisivo no cuidado é o modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários, entre os profissionais e os usuários, entre estes o que se dispõe no território. É a capacidade de articulação e conexão com os diversos elementos que compõem um território existencial singular que fará com que olhemos para a produção de saúde e redes de cuidado para além da lógica protocolar. A produção de cuidado, desta maneira, dá-se de forma entredisciplinar (CECCIM, 2004), ou seja, um lugar não capturado pelos limites disciplinares impostos pelas profissões, sendo possível construir uma prática de cuidado que integre os saberes dos usuários e de seus territórios de vida. É nesse lugar do entre, de dissolução dos limites e dicotomias, que é possível a invenção de novas práticas e abertura para aquilo que se difere. Nesse complexo processo saúde-doença, é preciso transitar, estar em movimento, para justamente poder apreender a dimensão da criação e invenção de novas práticas de cuidado.

A articulação da saúde mental com a atenção básica, da qual partimos neste trabalho, se justifica também pelo que falávamos acima: da necessidade de se pensar o cuidado em relação. Assim, afirmamos que a saúde mental, por um lado, precisa da atenção básica pela necessidade de ir ao território, ir ao encontro do outro, saindo dos muros construídos de uma saúde pré-formatada, e a atenção básica, por outro, precisa da saúde mental para que a integralidade do cuidado possa acontecer de forma capilar com tecnologias mais leves – tecnologias relacionais tais como vínculo, acolhimento, autonomia, entre outras.

O que a construção de espaços mais coletivos, redes coletivas e redes a serem tecidas nos convocam a pensar é como as redes de produção de saúde produzem mais que saúde. Produzem sujeitos mais autônomos, produzem uma possibilidade de criação e invenção de um cuidado que não está dado *a priori*, numa concepção de saúde entendida como “outramento e variações de si”. É a noção de autonomia como a capacidade de lidar com sua própria rede de

dependências, uma co-produção de si mesmo e de saúde. É essa capacidade da vida de instaurar normas, de mudá-las, de brincar com elas, que objetivamos abordar no próximo subcapítulo.

3.3. Redes de conversação e produção de redes vivas e redes afetivas

A forma de operar o trabalho através das redes de conversações e das redes afetivas produzidas nos encontros e nas relações de cuidado, faz-nos lembrar de mais uma vinheta de experiências pelo SUS. Nas abordagens de campo como RD, em uma praça do centro da cidade de Aracaju, frequentada por usuários de álcool e próxima à Unidade de Saúde da Família (USF) da região, ouvíamos de tudo: demandas de saúde que iam desde dores de cabeça a pés machucados, dores de dente, mágoa de traição, tosse por muitos dias, dor de cotovelo, sofrimentos amorosos, etc. A experiência em questão se dá com um usuário que reclamava de muita dor de dente e nunca conseguia chegar à USF por diversos motivos: não ter residência (e conseqüentemente não ter cartão SUS), não saber quem procurar no posto de saúde, não ter sido atendido com calma, só usar pouca roupa e estar constantemente sob o efeito de álcool. Tais questões poderiam ter sido comumente ouvidas por usuários e trabalhadores de qualquer lugar do país.

Com muita conversa, tanto com o usuário quanto com os profissionais da saúde bucal da USF, conseguimos aproximá-los para resolver o dente que doía, mas com uma condição imposta pelos dois: a redutora de danos deveria estar presente na sala do dentista ajudando na consulta “*caso acontecesse alguma coisa*”. Acontecer o quê? O que poderia acontecer ali que a redutora estaria a postos para resolver? Parecia absurdo, mas era o possível no momento. Era necessário que ambos, profissionais e usuário, criassem uma maneira para que o cuidado fosse realizado, ultrapassando assim os limites do serviço de saúde que não atendia sem o cartão SUS, os limites do usuário, dos profissionais em atender, ultrapassando os estigmas sobre a condição do uso de drogas, superando as barreiras que agravam certas vulnerabilidades.

Vemos com isso algumas questões: que o trabalho realizado no território, no cotidiano dos serviços e das pessoas, possibilita inúmeras intervenções que se dão no encontro. Vemos atualizar-se, também, a questão colocada por Teixeira (2003), ao afirmar que houve uma mudança na problemática atual dos serviços de saúde: antes era a garantia a todos ao acesso universal no SUS e a expansão de serviços de saúde os maiores embates e lutas; hoje, a discussão gira em torno da qualidade dos atendimentos e do modelo de atenção operante nas unidades de saúde. Decerto não se está querendo dizer que o problema da universalidade do

acesso esteja simplesmente resolvido em termos quantitativos, mas o autor expande a questão atual para a problematização de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário”. Já dá pistas, com isto, de sua proposição de redes de conversação quando diz que “a pretendida reversão do modelo tecnoassistencial muitas vezes se parece mais com uma reversão do modelo comunicacional em vigor nos serviços” (TEIXEIRA, 2003, p.100).

De uma forma geral, o que está em jogo hoje é a relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para além, tão somente, da construção de um vínculo/responsabilização. Nesse processo, vem adquirindo importância a discussão sobre o acolhimento nas unidades ou a problemática da qualidade do acesso, da recepção dos usuários nos serviços ou, ainda, a problemática do acesso e cuidado àqueles que não conseguem chegar aos serviços de saúde. Ou seja, o que está em questão hoje são as formas como o atendimento se dá nos serviços, mas também fora deles (não numa concepção quantitativa dos serviços, mas a expansão qualitativa dos serviços para além de si mesmos, geograficamente falando) e, mais exatamente, como se dá a relação com o outro que aí se estabelece.

Ao acompanhar o usuário junto ao dentista, além de produzir contágio e possibilidades de ampliar a comunicação, produzia-se, junto, também, uma clínica do apoio: apoio ao usuário que, desamparado pela tentativa da sociedade de eliminá-lo como alguém que resiste de algum modo à massificação do biopoder, não tem segurança para poder exigir seu direito à saúde; e, apoio para o dentista que, em sua formação e trabalho, defende-se daqueles que não apresentam uma saúde qualificada e que o lançam para um lugar onde se depara com o inesperado, para uma zona territorial ainda não demarcada e experienciada pelo dentista. Um apoio também para o profissional suportar o usuário e o usuário suportar o trabalhador: eu era uma espécie de negociadora entre as partes, que se encontravam mais distantes entre si do que de mim, em função do estabelecimento de vínculos construídos de modos distintos com ambos tanto no pertencimento de classe, de inserção institucional ao profissional da saúde quanto no transitar pelos territórios de vida do usuário. Interessa-nos esses encontros porque dizem de uma relação que se estabelece com o outro, com inúmeros não-iguais-a-mim, com as inúmeras possibilidades do cuidar, do que são capazes de produzir em termos de cuidado de si, um cuidado que se dá nas relações.

Na produção de encontros, afirma-se a potência micropolítica da conversa como dispositivo técnico, pois há “indiscutivelmente um trabalho vivo nesse ato: o trabalhador emprega “técnicas de conversa” e outras “tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só têm materialidade em ato” (MERHY, 1997, p. 136). Essa

técnica especial de conversar, Teixeira (2003) nomeia por acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado.

Nesta direção, o autor aborda o acolhimento a partir de uma perspectiva essencialmente comunicacional, entendendo ser a conversa substância principal dos serviços de saúde e, arriscamos dizer ainda mais: é substância principal da produção de encontros e de cuidado. É nesse sentido que afirma a ideia de “rede de saúde como rede de conversações”: a produção de conversa, de afetos, de um acolhimento mais dialogado em que a escuta não se faz, nem se quer surda. Assim, o princípio da rede de conversações é de que “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2003, p.117).

É nesse ponto, portanto, que nos interessa pensar uma aproximação das redes de conversações como a noção de cuidado de si proposta por Foucault (1984/2004). Se entendemos que as redes de conversação são aquelas que se formam a partir dos encontros, tornando as relações mais horizontais, a conversa seria o que se tem de mais democrático nas relações – diz também de um respeito ao outro, de entender que o outro se faz a partir de nós mesmos. Nesse sentido, importa-nos pensar que as relações com os outros estão presentes ao longo desse processo de construção de um cuidado de si, pois Foucault fala de um “exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura elaborar, se transformar e atingir certo modo de ser” (FOUCAULT, 1984/2004, p.99). É ocupar-se de si, conhecer suas condutas, comportamentos e verdades, compreender que o “si” não se refere apenas à individualidade, mas à multiplicidade de sua composição, às forças que lhe compõem, aos seus pertencimentos institucionais, bem como às relações de poder que se estabelecem.

Uma dimensão conversacional convoca a livrarmo-nos das lógicas reprodutoras de cuidado e arriscarmo-nos em modos mais inventivos, mais próximos do outro e do que é possível fazer para produção de diferenças. Pensar o outro nas relações de produção de cuidado permite dar espaço às inúmeras multiplicidades, trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos e suas possibilidades existenciais, como redes vivas de produção de cuidado (MERHY et al, s/n.). Seguindo pistas do que, poeticamente, diz Manoel de Barros, é preciso “transver” o que está dado e instituído, é preciso borrar certas fronteiras, “transver” as redes formais de saúde, olhar para “fora” e pousar os olhos numa rede que parece invisível, mas

prenhe de vida e possibilidades. Pelbart (2009) aponta que a saída para a produção de novas subjetividades é este olhar para o fora ou para aquilo que ele chama de exterioridade.

Tal borramento de fronteiras nos direciona a escapar de uma lógica de cuidado centrada na doença para um cuidado que amplie a vida e desnaturalize os modos de vida prescritos pelo Estado e pelo mercado – modos estes que atualizam a biopolítica num contexto neoliberal. Pois, “a moderna articulação entre Estado e biomedicina, no governo das condutas e ambas a favor do mercado: no seio da produção de vidas e corpos para o mercado financeiro, fabricou-se o povo da qualidade de vida e seus corpos rumo à saúde perfeita, livre de vícios” (VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014, p.3). Como “transver”, então, estratégias clínicas que resistam à essa lógica? Apostamos em ensaiar descaminhos e “desaprendizagens” de condutas clínicas pré-estabelecidas para apreender lógicas produzidas pela perspicácia do viver.

4. Cuidar para uma “grande saúde”: que saúde a gente cuida nas Reformas?

Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. (...) Assim, há inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais deixarmos que o indivíduo particular e incomparável erga a sua cabeça, quanto mais esquecermos o dogma da “igualdade dos homens”, tanto mais nossos médicos terão de abandonar o conceito de uma saúde normal, juntamente com dieta normal e curso normal da doença. (NIETZSCHE, 1882/2001)

Como dissemos anteriormente, ouvimos, em muitos momentos da pesquisa, falas que pediam por mais especialistas nos serviços de saúde, sobretudo psicólogos e psiquiatras. Tornou-se recorrente problematizar tais discursos nos grupos de interesse e focais ao percebermos que, ao mesmo tempo em que clamavam por especialistas, as pessoas falavam também em outras estratégias diárias para “cuidar da sua saúde mental”, como participação de grupos, atividades físicas, conversas, distrações, grupos de artesanato, dentre tantas outras. Mas, dentro de um contexto em que se pede por mais especialistas e protocolos, como pensar possibilidades outras de cuidado? Como não ficarmos limitados às diretrizes e normativas de cuidado ofertados pelos serviços de saúde e descartar aproximações outras de experiências que produzam algo potente? Como produzir novas e grandes saúdes possíveis a cada sujeito? A todos os sujeitos? A um sujeito qualquer?

Para explorarmos um pouco mais destes questionamentos, a partir de situações que conseguem escapar às normativas procedimentais, trataremos para a discussão uma narrativa do campo de pesquisa em Gravataí, em uma das primeiras aproximações com o município e usuários. A conversa naquele dia se deu com um grupo de usuários do CAPS AD e da ASSUSCAPS como convite para participar da pesquisa, um ensaio para formarmos um grupo de interesse, como tentativas de aproximação com o município e seus atores. O papo se desenrolou durante toda manhã e – entre cafés e chás oferecidos a mim para que “*a nossa visitante nordestina nada acostumada com frio possa se esquentar*” – desejávamos saber o que o grupo entendia por cuidado de saúde mental na atenção básica. Entre exemplos e histórias de usuários de álcool e outras drogas, algumas falas foram surgindo, às quais fui colecionando algumas no meu caderno-diário de campo: “*o usuário de drogas não pode dizer nunca que está curado*”; “*você tirar o cara de um CAPS e mandar pro postinho é um crime, é um retrocesso. Tem que ter especialidade sim, uma pessoa que entenda o que um usuário de drogas necessita*”. “*Dormi um viciado em cocaína e acordei um dependente químico em tratamento*”.

Foi desanimador, para a pesquisadora a bordo querendo conhecer as histórias e experiências de cuidado no território, ouvir aquilo. Foi desanimador, também, saber que usuários que participam e organizam uma associação para eles mesmos (que surgiu questionando justamente o tratamento oferecido no CAPS AD) acreditassem que a resolução dos seus problemas só se daria de fato em serviços especializados para as pessoas com aquele adoecimento específico. Eram falas atravessadas por uma lógica de saber técnico-especializado dando a impressão de que é sempre um outro, preferencialmente profissional *psi*, quem tem a solução e resolverá nossos problemas.

E, não só isso! Relevam-se naquelas falas o entendimento de que o usuário de drogas está preso em sua própria condição de viciado ou dependente químico, não podendo nunca se libertar desta situação mesmo passados dez anos sem uso de nenhum tipo de droga, como relata mais um pouco o usuário que profere esta frase. Uma postura ressentida, como nos fala Giacoia Jr. (2014) inspirado em Nietzsche, com a qual, quanto mais o sujeito sofre, mais resiste a libertar-se deste fardo. Como largar a nomeação de drogado se é isso que o faz existir? Como escapar e esquivar-se deste fardo? Este fardo é que o sustenta, que o faz existir como um dependente químico em tratamento que nunca será curado? Como criar, neste corpo medroso, outras existências para sair do lugar já posto? O tom das falas, em relação ao cuidado que deve ser realizado ao usuário de álcool e drogas, centrava-se na doença, no foco da droga como “o” problema a ser extirpado, mas isso me parecia contraditório. Estes mesmos usuários que ali se encontravam, usuários do CAPS AD e da ASSUSCAPS, haviam buscado justamente a associação pela possibilidade de realizar outras atividades, outras oficinas e conversas, para não ficarem centrados, justamente, no uso de medicações e na renovação de suas receitas.

O que aquelas falas deixavam transparecer era uma descrença daquelas pessoas em relação a si mesmas, à própria condição de usuários em tratamento, mesmo que fossem referidas a usuários que há anos já haviam deixado de usar qualquer tipo de droga. Questionava-me se, em alguma medida, as pessoas tinham mais medo de si mesmas ou das drogas. Fui compreendendo que, na verdade, a droga compõe um território subjetivo, tem uma função singular na vida daqueles sujeitos, pois como diria Clarice Lispector (2002, p.165), “não pense que a pessoa tem tanta força assim a ponto de viver qualquer espécie de vida e continuar a mesma. Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso – nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro”. Que condição é essa que faz sustentar nosso edifício inteiro? Uma condição que, desfeita, desconstruída, desabaria toda nossa condição de existência? Será que em nome de nos protegermos, nos afastamos e nos eximimos dos sofrimentos?

Pensamos que, talvez, tudo isso diga do quanto nos apoiamos nas instituições para nos nomearmos na vida. Instituições manicomiais, instituição saúde, família e religião – produzindo regramentos que incitam normativas de nunca poder recair, não cair em tentação, não cair no pecado – nos norteiam a tal ponto que, mesmo construindo novos lugares como as associações de usuários, acabamos por repetir o mesmo padrão traçado pelas instituições. Se lançar a produzir novas vidas realmente não é fácil como aponta Lispector (2002), pois diz, sobretudo, do quanto temos vidas prontas a serem modeladas a partir das instituições.

Trata-se, pois, de um cenário no qual a autoidentificação dos sujeitos como “dependentes” ou “viciados” – ou, como destaca a fala acima, um “*viciado em cocaína e dependente químico em tratamento*” – parece estar em consonância com um imaginário que a própria sociedade criou através dos dispositivos de tratamento que reforçam sua postura de impotência diante do controle do uso de drogas (SANTOS, 2007). São lógicas de cuidado que colocam o uso de drogas no lugar de doença, um paradigma de cuidado doença-cura que reforça a condição de dependentes e viciados nos sujeitos em tratamento, como se esta fosse um traço de identidade. É como se, a partir do momento em que o sujeito diz para si “eu sou um viciado”, isto se tornasse uma condição inquestionável e natural.

As falas: “*o usuário de drogas não pode dizer nunca que está curado*” e “*dormi um viciado em cocaína e acordei um dependente químico em tratamento*”, indicam justamente essa identificação com um rótulo atribuído aos sujeitos, tornando-os incapazes de sair desta condição, incapazes de serem ou se transformarem em qualquer outra coisa. É a própria condição de “dependentes” ou “viciados” que parece sustentar aqueles sujeitos, modelando suas vidas a partir do momento que fazem parte de alguma instituição, como na fala do sujeito que dorme com um rótulo e acorda com outro. Assim, parece que, ao entrar no CAPS, na clínica de reabilitação, na comunidade terapêutica ou nos narcóticos anônimos, dentre outros, mantém-se ali expostos e determinados aqueles que falharam no empreendedorismo de si mesmos (VASCONCELOS, 2013).

A conversa seguia entre as falas dos usuários e breves intervenções minhas, quando um dos usuários, calado e observando toda movimentação, se intriga e fala em tom de desabafo: “*acho que o usuário às vezes pensa: eu vou para o CAPS porque o CAPS está bom para mim e daí só fica indo lá. Mas, bah, aí é seu único ponto de referência. É preciso circular, daí*”. Fui pega de surpresa! Meus pensamentos a mil tentando compreender a condição daquelas pessoas ali falando sem parar, constatando cada vez mais que a droga era um perigo para as pessoas e para a sociedade e que só os especialistas *psis* poderiam compreendê-los, e eis que surge uma

fala que muda o rumo daquela conversa. O usuário conta que, devido ao uso do crack, ficou prisioneiro dela e do local em que fazia uso. Foi preciso muita força e coragem da sua família para convencê-lo a sair daquela condição, mas, principalmente, muita força dele. Conta que não foi fácil o preconceito em uma cidade pequena, em que todos se conhecem, sair de serviço em serviço de saúde para buscar tratamento, não ser bem acolhido nos serviços. Mas, diz também que, quando começou a frequentar o CAPS, sentiu-se novamente preso, pois estava dependente de novo, não fazia absolutamente mais nada a não ser o itinerário casa-CAPS-casa.

Nas poucas palavras capturo alguns sentidos. Tykanori (1996) já nos alertara que a questão dos usuários é que dependem excessivamente de poucas relações e isso os faz diminuir sua autonomia, e complementa: “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (p. 57). Aquele usuário parecia ter compreendido e encarnado o que para ele configurava uma saída: buscar outros espaços, locais, serviços de saúde, outras relações com as pessoas, para constituir para si um mínimo de autonomia e liberdade. Aquele usuário dizia sentir-se aprisionado dependente de uma única via: seja do crack, seja do local que fazia o uso da droga, seja o CAPS.

Comumente vemos os dependentes relatarem a impossibilidade de parar o uso de drogas, como se fossem fisgados por ela. Atingem uma situação limite que implica uma “escravidão” ante a droga, que se torna o objeto de um prazer sentido como necessidade. Contudo, esse lugar de “escravidão”, a que o dependente de drogas fica condenado, caracteriza-se como uma adicção, um modo de funcionamento em relação a objetos e situações diversas como uma ação impulsiva e sem limites no modo humano de agir. Neste sentido, muitos podem ser os objetos de uma dependência, como a comida, os jogos, a televisão, ou seja, pode ser uma dependência por qualquer outra coisa. Assim, a questão está em, justamente, variar os encontros que temos na vida e não circular apenas por um, seja a droga, a uma pessoa, ao trabalho ou ao CAPS.

Nesse sentido, parece-nos que o pedido do usuário que diz “(...) *tem que ter especialidade sim, uma pessoa que entenda o que um usuário de drogas necessita*” estaria justamente reforçando o processo de identificação do “dependente” ou “viciado” e todo

imaginário social a respeito da questão, limitando-o à sua condição escrava¹⁶. Mas, por que é preciso circular e variar os encontros que temos na vida? Por onde se circula? É preciso circular, justamente, para criar saídas e não estagnar. É preciso circular para que, do próprio esgotamento – da própria incapacidade de planejar, projetar ou organizar-se em torno de um objetivo – se criem saídas. Saídas que possam estabelecer novos laços, novas relações. Circular para estabelecer novos laços e linhas, linhas de fuga sempre prontas a novas enlaçadas. Circular para produzir forças de ação que possibilitem criar mais laços de dependências, ampliando a capacidade de autonomia, buscando saídas para uma certa liberdade.

Liberdade e dependência não são, portanto, opostos. Nós, seres sociais, vivemos em constante relação: com as pessoas, com os objetos, com o mundo à nossa volta. A noção de liberdade que normalmente é utilizada no senso comum refere-se a certa concepção neoliberal que trata sujeitos de forma igual, como se cada um fosse dotado de liberdade para conquistar o que queira. Esta lógica meritocrática (ou moral-jurídico-econômica) é que sustenta uma sociedade desigual. Foucault (1984/2004) também alerta-nos dos riscos que esta concepção de liberdade carrega, pois remete à ideia de que existe uma natureza ou essência humana, ou seja, é como se bastasse livrar-se de certas amarras repressivas, por exemplo, para que o homem se reconciliasse consigo mesmo, retornasse à sua natureza original e, com isto, retomasse o contato com sua origem, restaurando uma relação positiva consigo mesmo.

Quando Foucault diferencia liberdade e liberação, afirma que esta última se refere à independência dos indivíduos ou grupo social quando estes se libertam ou transformam as relações de poder que estavam imóveis, fixas e irreversíveis através de instrumentos econômicos, políticos ou militares, ou seja, quando não estamos em um estado de dominação. É sobre os estados de dominação que devemos atuar quando falamos em intervir nas relações que aprisionam um sujeito ao manicômio, aprisionam na lógica da abstinência e na lógica do trabalho.

Porém, Foucault afirma que não basta livrar-se dos estados de dominação para garantir uma forma mais aceitável de existência ou uma forma de sociedade mais política. Com isso,

¹⁶ Conceito que diz respeito ao tipo psicológico fraco de Nietzsche, conforme teoria das forças (NIETZSCHE, 1844-1900/2009) que diz respeito à moral escrava da sobrevivência regida por instintos de conservação opondo-se à ética dos nobres de espírito que afirmam a vida em seu movimento de expansão. Ou seja, o que distingue um tipo psicológico escravo de um nobre (ou aristocrático) é que o primeiro mantém uma vida rebaixada, reagindo ao que o mundo exterior impõe; e, o segundo, quer a vida em toda sua intensidade. Para Nietzsche (1844-1900/2009), “enquanto toda moral nobre nasce de um triunfante ‘sim’ a si mesma, já de início a moral escrava diz ‘não’ a um ‘fora’, um ‘outro’, um ‘não-eu’, (...) esta inversão do olhar que estabelece valores – este necessário dirigir-se para fora, em vez de voltar-se para si – é algo próprio do ressentimento (...) (p.26).

não está dizendo que não existam formas possíveis de liberação, mas afirma que estas não bastam para definir as práticas de liberdade. A liberação abre um campo para novas relações de poder, que devem ser controladas por práticas de liberdade; estas, entendidas como o exercício do sujeito sobre si, o poder que se exerce sobre si mesmo e sobre os outros e que busca estabelecer novas normas de vida, transformar-se e agir sobre si mesmo.

(...) práticas de liberdade que serão em seguida necessárias para que esse povo, essa sociedade e esses indivíduos possam definir para eles mesmos formas aceitáveis e satisfatórias da sua existência ou da sociedade política. É por isso que insisto sobretudo nas práticas de liberdade, mais do que nos processos de liberação, que mais uma vez têm seu lugar, mas que não me parecem poder, por eles próprios, definir todas as formas de liberdade (1984/2004, p.100).

Práticas de liberdade, nesse sentido, aludem ao cuidado de si através do ocupar-se de si mesmo e dessa forma, pratica-se a liberdade inclusive na relação com o outro, pois é o poder sobre si que irá regular o poder sobre o outro. Para Foucault (1984/2004), o *ethos* do cuidado implica uma relação com os outros, o *ethos* de alguém se traduz “pelos seus hábitos, por seu porte, por sua maneira de caminhar, pela calma com que responde aos acontecimentos, etc” (1984/2004, p.102) ou seja, pela maneira de ser e estar no mundo. Entretanto, para que este *ethos* tome forma é preciso todo um trabalho sobre si mesmo. Significa, pois, estabelecer certa relação de domínio e controle consigo mesmo. Logo, ao cuidarmos de nós, nessa acepção ética, estamos estabelecendo um cuidado com o outro, com a coletividade que compõe o nosso território. Esta noção de liberdade enquanto prática não é algo anterior ao sujeito (como a liberdade liberal), mas, sim, produzida pelo sujeito a partir da garantia da liberação, da relação com o outro, com o movimento de estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida da qual falava Tykanori (1996).

Talvez seja desse “circular pela vida” de modo menos dependente, menos capturado pelo circuito escravo das forças, de que nos falava o usuário ao afirmar que era preciso circular para além do CAPS. Talvez esteja mesmo certo que devemos olhar muito mais para os caminhos que fazemos e percorremos do que para quem irá nos atender, qual diagnóstico nos será dado ou para qual tratamento serão destinados os nossos vícios. Para o sujeito, relacionar-se, encarnar para si novas formas e possibilidades de viver, abre a possibilidade para ampliar a capacidade de autonomia e de liberdade. Uma autonomia, portanto, que se dá em rede, pois estabelece relações com pessoas, com as normas, com outros modos possíveis de existência,

por onde circulam afetos, suportes e apoio de outros. Podemos pensar, aqui, uma autonomia que se passa em rede, pois, é tecida, exercida, produzida pelo sujeito em contato consigo mesmo e com o mundo.

Tomemos os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e sua luta pela reforma dos modos tutelares de cuidado centrados na lógica biologicista e na hierarquia de saberes que destituem o sujeito adoecido de qualquer saber sobre si mesmo. Na esteira de nossa discussão, a questão que se colocaria para ambos seria pensar em que medida as práticas e percursos de lutas sociais empreendidas por estas reformas complementares entre si têm conseguido promover a autonomia e o protagonismo dos sujeitos que nelas se inserem? Afinal, é possível o sujeito produzir em si uma liberação a partir do oferecimento de encontros de cuidado em rede?

Um desafio no caminho é a produção de um cuidado que ultrapasse a lógica da cura, da resolutividade e da solução imediata, mas que promova práticas de liberdade que buscam estabelecer e produzir, com o outro, novas normas de vida, um exercício de se transformar e agir sobre si mesmo. Talvez o grande impasse para a Reforma Psiquiátrica seja encontrar um modo de escapar a uma lógica moralizante do cuidado, ascética, que limita e impõe regras para os sujeitos que buscam cuidado em saúde. Tal lógica de saúde dominante tem, em certa medida, influência histórica no Ocidente, pois aquilo que entendemos comumente por saúde está relacionado com normas e modulações que estabelecem o modo como o ser humano deve se relacionar consigo mesmo e com o mundo. É nesse sentido que Nietzsche coloca a saúde em questão, tanto do ponto de vista da tradição, como também abre novas alternativas para pensar o corpo e a saúde. No intuito de alcançarmos algumas pistas de um cuidado errático que possibilite encontros em rede, retomaremos alguns pressupostos críticos da filosofia de Nietzsche à metafísica e ao platonismo e em seguida discutiremos seu entendimento sobre saúde.

4.1. Percurso trágico: crítica à metafísica e aos ideais ascéticos

O pensamento nietzschiano, para muitos de seus estudiosos (GIACOIA Jr, 2014a; PEIXOTO Jr., 2010), dedicou-se a combater os valores tradicionais vigentes, principalmente no que se diz respeito à metafísica e ao platonismo. Para Nietzsche, as ideias metafísicas irão desencadear o que ele considera a doença da civilização moderna, que coloca em questão, sobretudo, as concepções e a valoração do corpo e da saúde.

Nesta lógica, importa remontar a crítica dos ideais ascéticos, pois tais críticas acabam por contribuir para uma visão diferenciada das concepções de corpo e saúde, calcadas em uma visão mais afirmativa sobre o homem e o mundo. No platonismo ou no projeto metafísico, o ideal ascético servirá para aproximar-se do que Nietzsche chamaria de uma verdadeira realidade espiritual e ideal, para se ter acesso ao “reino puro das essências”. Para isso, o exercício ascético seria aquele sobre o qual se pretende desligar-se de tudo que produziria imperfeição, ou seja, a materialidade do corpo; nega-se tudo que é da ordem do sensível. Nesta perspectiva, a alma se redimiria da prisão do corpo e retornaria à divindade de sua origem (PEIXOTO Jr, 2010). Nietzsche irá dizer que o asceta deixa de querer, nega a vontade, a própria essência do mundo, renunciando ao impulso de satisfação para conservar-se a si mesmo. É nesse sentido que, para Giacoia Jr., o exercício ascético faz uma auto-negação da vontade de viver: renunciar a todo querer, renunciar à vontade de viver – no sentido metafísico – o nada de vontade que não se realiza (GIACOIA Jr., 2014b).

Nietzsche, na crítica à metafísica e à ciência (1882/2004), afirma que alguns homens “têm necessidade de metafísica”, ou seja, um desejo de estar seguro em relação a si mesmos, à sua origem, à sua existência. Um desejo que se sustenta em crenças externas para dar suporte à própria condição da existência humana, tal qual a função das religiões, por exemplo. Ele tematiza esta questão em uma passagem de *Gaia Ciência* que diz:

A força de um homem ou a sua fraqueza, explicitamente falando, podem ser medidas pela quantidade de fé que tem necessidade para se desenvolver e pelo número de amarras que não quer que se desprendam, por estar agarrado a elas. Alguns têm ainda necessidade de metafísica; mas esse furioso desejo de certeza que se descarrega hoje em batalhões maciços na literatura científico-positivista, esse desejo de querer possuir a todo o custo alguma coisa segura (quando se passa com muita indulgência, na febre desse desejo, sobre as provas dessa segurança), é ainda um desejo de apoio e de suporte, em suma, um desejo do instinto da fraqueza que não cria, sem dúvida, religiões, metafísicas e convicções de todas as espécies mas, todavia, as conserva. Realmente, ao redor de todos esses sistemas positivistas fume um vapor de pessimismo tenebrosos de cansaços e de fatalismos, de decepções e de medos de novas decepções; ou então, trata-se de uma exibição de ressentimentos, de mau humor posto em evidência, o anarquismo da indignação, tudo o que pode haver de sintomas ou mascaradas do sentimento da fraqueza (NIETZSCHE, 1882/2004, p.188).

É nesse sentido que, para Nietzsche, as tentativas da metafísica em encontrar um fundamento e significação ética para a existência, sob o manto da objetividade e da pura espiritualidade, resultaram em uma má compreensão do corpo, dos seus afetos e dos seus estados. Pois, para dar conta da necessidade do homem – diante das incertezas, de construir

modos de se sentir seguro, estável, isento de conflitos – a metafísica aparece a serviço do alívio das dores da existência, através de um mecanismo que faz crer que existem explicações e respostas para as coisas da vida. A metafísica conquista um espaço importante na vida dos humanos: o de alívio, através da crença e pela explicação. Ainda para o filósofo, na mesma passagem:

É sempre onde mais falta a vontade, que a fé é mais desejada, mais necessária; pois sendo a vontade a mola de comando, é o sinal que distingue a superioridade e a força. Quanto menos se sabe comandar, mais se aspira a fazê-lo, e a fazê-lo severamente, quer seja por um deus, um príncipe, uma classe, um médico, um confessor, um dogma, uma consciência de partido. A ANEMIA DA VONTADE!
Quando um homem se convence de que tem que ser comandado, torna-se “crente”, inversamente, pode-se imaginar certo prazer e força na autodeterminação, um exercício da soberania individual, certa liberdade da vontade que permitem a um espírito recusar ao seu bel prazer qualquer fé ou necessidade de certeza; podemos imaginá-lo treinado a sustentar-se nas cordas mais sutis, nas mais frágeis possibilidades e a dançar mesmo à beira dos abismos. Isso seria o espírito livre por excelência (NIETZSCHE, 1882/2004, p.189).

Essa extrema necessidade de certeza, uma certeza que nos diga o que fazer, influencia substancialmente a literatura científico-positivista, como nos fala o filósofo. Para Nietzsche, a moral encontra-se na base da construção do pensamento científico, à medida que se transforma em uma busca pela verdade. Ao se firmar nesse lugar de busca pela verdade, a ciência acaba por criar valores morais baseados na crença de que exista uma verdade única, uma verdade metafísica, algo que o homem constrói ilusoriamente e sustenta para si como ideal; trata-se de uma moral, pois a verdade é colocada como superior à incerteza, dando à verdade um valor de máxima importância, necessária e útil à vida.

Entretanto, para Nietzsche, diferente de Espinoza, a vontade humana carece de um sentido, uma meta, alvo, sentido de querer, “a vida mesma é vontade de potência”; (...) onde encontrei vida encontrei vontade de potência (NIETZSCHE, 1885/1996), ou ainda, (...) a vida mesma é para mim instinto de crescimento, de duração, de acumulação de forças, de *potência* (NIETZSCHE, 2002).

Assim, o pensamento nietzschiano traz à tona o que os valores metafísicos deixados de lado têm a nos oferecer: a capacidade de mudança, de aumento da nossa força vital, a vida enquanto capacidade de potência e novas criações (PAULON, 2006). Transvaloração, então, seria esta capacidade de transformar o nada de vontade (metafísico) em vontade de nada, aqui entendido enquanto permanente desejo de mudança, “um anseio infinito contra a rigidez que

nos joga no amorfismo e apatia” (idem, p.126), pois, a racionalização apequena a subjetividade, reduzindo-a a saberes preestabelecidos.

Tendo como base a ideia de Nietzsche de transvaloração de todos os valores e essa capacidade de não se deixar cristalizar por estes valores morais que sustentam uma lógica considerada decadente, Paulon (2006) desdobra o conceito de instituição, à luz da filosofia trágica, com ênfase na ética da transvaloração nietzschiana. Para a autora, pensar os contratos humanos, ou seja, as instituições, é pensar o que dizem de nós e de que forma nos atravessam, pensar o que somos nós e o que projetamos vir a ser.

Esta compressão de como as instituições nos atravessam pressupõe, anteriormente, uma certa concepção de sujeito e processos de subjetivação. Para Deleuze, a partir da leitura de Foucault acerca do diagrama de subjetivação, o sujeito não é aquele dotado de essência, mas é modulado pelos sistemas de saber-poder, pelos sistemas institucional e social, pois “a relação consigo não permanecerá como zona reservada e guardada do homem livre, independente de todo sistema institucional e social” (DELEUZE, 1988, p. 110). A produção de subjetividades, desta forma, vem de encontro a certos entendimentos simplistas que a definem como aquilo que há de mais interno ao indivíduo, de sua natureza privativa. A noção de subjetividade, confundida com individualidade ou interioridade psicológica do sujeito, não considera o processo histórico dos fatos e acontecimentos da vida, e remete o sujeito para “dentro de si”, tal qual os ideais ascéticos apregoam.

A constituição das subjetividades moduladas por atravessamentos de saber-poder dos quais falávamos ajuda-nos a compreender, portanto, que não há sujeito sem instituição, nem institucionalidade que possa ser pensada alheia aos sujeitos. Desta feita, podemos afirmar que as instituições emanam de um complexo poder-saber, integrando diferentes estratos (enunciados e visibilidades) e capturando variadas estratégias de poder, “captura esta que se cristaliza em determinados territórios existenciais (...) que, pelo uso repetido, passam a referendar determinados modos de vida; formas de relação que, em algum momento, mostraram-se satisfatórias” (PAULON, 2006, p.124). Esse uso repetitivo de certos modos de vida, que vai referendar toda a vida do sujeito, vai criando o que a autora associa a espécimes de “coágulos do tecido social” que, quando se cristalizam, dão corpo às instituições que nos atravessam. Para Paulon (2006, p.125), “é como se a própria instituição da moral se apresentasse como âncora invisível de todas as outras instituições – derradeira tábua de salvação, arrimo do instituído, reproduzindo sempre o mesmo, como se fosse o único modo de existência”.

O problema estaria, então, em fazer desses territórios comuns – aquilo que já está instituído em nós –, desse porto seguro, a única forma de nossa existência. O problema não está naquilo que afirma a nossa constituição subjetiva, enquanto seres institucionais, mas no sentido do que contraria a capacidade de transformação da vida, enrijece nossos repertórios existenciais e aponta para limitações na capacidade de lidar com as intempéries que a vida nos impõe. É preciso, pois

Um trabalho micropolítico de desconstrução gradual das lógicas reprodutoras e desingularizantes que transcendem em muito os muros levantados por instituições totais. Avançando, por fim, nos caminhos abertos a marteladas. Pelas mãos de Nietzsche, com um entendimento das instituições como redes invisíveis de subjetivação moral, podemos definir a tarefa da desinstitucionalização como incessante questionamento dos valores que atribuímos a nossas formações culturais, constante potencialização dos movimentos críticos às formas dadas que aparecem como naturais e incansável disposição a produzir o novo, resgatando o devir criador de cada um de nós. (PAULON, 2006, p.134).

Tal tarefa de esquivar-se dos padrões impostos e criar para si novos sentidos e novos modos de existência não é nada fácil, tampouco em um contexto de cuidado em saúde. Como cuidamos em favor de uma vida que pode mais? Como fugir de uma lógica de fabricação de um povo da qualidade de vida e corpos rumo à uma saúde perfeita, sem vícios? Como cuidar para uma “grande saúde”? Que saúde é essa que prima por uma existência que não se cristalice ou enrijeça? Uma saúde, uma “grande saúde”, que nada mais é do que a criação de valores vitais, de recriação de si mesmo e transvaloração de todo o mundo à sua volta almejando o novo.

Não objetivamos distinguir concepções certas e erradas de saúde, mas destacar o que essas concepções de corpo, saúde e doença fazem funcionar, o que colocam em ação. Importa aqui pensar sobre os “corpos” e “saúdes” que inventamos e refletir em que medida possibilitam a construção de um mundo capaz de afirmar diferenças e singularidades. O que produzimos quando tomamos unicamente a doença e o seu conjunto de sintomas cientificamente preestabelecidos, como critério para criar práticas produtoras de saúde? Para isso, trabalharemos com duas concepções que ajudam a pensar algumas modulações do conceito saúde: a abordagem da saúde como capacidade normativa da vida a partir de Canguilhem e a capacidade plástica dos corpos afirmarem sua vontade de potência com Nietzsche.

4.2. Capacidade normativa da vida e a “grande saúde”

Nada está em paz, concluído, definitivamente perdido. No desassossego, virtualidades de resistências podem enfrentar o mórbido desencanto.
(BAPTISTA, 2004, p. 203).

Comumente, tomamos o corpo como um corpo-privado-individual descolado da realidade onde vive, baseando-nos em um previsível raciocínio de separação entre corpo e mundo, carne e espírito, mundo das ideias e realidade vivida. A saúde, nessa lógica, é definida em oposição à doença, e a existência de um acaba por pressupor a ausência do outro. Esse raciocínio dicotômico, não por acaso muito afeito aos discursos do contemporâneo, não está desvinculado de um certo interesse e influência política da indústria farmacêutica e do mercado privado da saúde em geral, no qual uma certa cultura da doença e a restrição do conceito de saúde, definido negativamente em relação àquela, ocupam lugar de destaque.

No livro “O Normal e o Patológico”, de Georges Canguilhem (1943/1978), as noções de normalidade e patologia foram desmistificadas e trazidas para uma outra lógica, que não tratasse da concepção de saúde como adequação à norma ou a um modelo predefinido. Canguilhem propõe uma saúde que se expressa por diferentes padrões e deixa de limitar-se à perspectiva da adaptação, tendo como critério de valoração a tendência dos vivos à ampliação da vida e não à mera sobrevivência.

O autor critica a visão positivista que entende o patológico como apenas uma variação quantitativa do normal, pois há uma infinidade de possibilidades fisiológicas e contextuais no processo da vida, e estabelecer uma norma para que se possa afirmar a existência de saúde ou doença, portanto, apenas transformaria estes conceitos em um tipo de ideal. O estado patológico seria, para ele, uma forma de se viver, uma “norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma” (CANGUILHEM, 1943/1978, p.145).

Canguilhem propõe uma ruptura com o conceito de normalidade contrapondo-o ao conceito de normatividade, que seria a capacidade do sujeito de criar e seguir novas normas de vida, já que “o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (CANGUILHEM, 1943/1978, p.188). Assim, o doente não seria o oposto do normal, mas aquele que estaria incapaz de ser normativo, ou seja, a pessoa que tem saúde não é aquela que melhor se adapta ao meio, mas, ao contrário, a pessoa que inventa meios de vida. Viver sem uma perna, por exemplo, só vai se tornar uma limitação ou doença se o sujeito não puder inventar um modo de bem viver sem esta.

Saúde, de tal modo, deixa de ser associada à ausência de doença e passa a ter maior relação com a possibilidade de inventar modos de vida conforme as dificuldades e mudanças pelas quais passamos. O conceito de normatividade, em Canguilhem, significa a capacidade de instaurar novas normas e não o estado de conformidade perante as normas estabelecidas. Na concepção do autor, tanto a saúde quanto a doença, situam-se no âmbito da produção de saúde, pois ambas implicam processos de adequação do sujeito às intempéries da vida.

Mas, por vezes escorregamos nas armadilhas da produção de uma saúde moral, ou seja, aquela que pressupõe a doença e a cura para os sujeitos, e produzimos uma saúde que adequa os sujeitos às normas estabelecidas dos protocolos e serviços de saúde. Inúmeras vezes os profissionais são atravessados pela lógica imediatista da saúde e seus imperativos de resolver problemas, curar, medicar, especificar e tratar a doença e, por consequência, tomar o sujeito apenas pelas suas características e sintomas.

Em nossa imersão de pesquisa, vimos alguns momentos em que nos esbarramos com essas dificuldades na contramão da produção de uma saúde dominante: no acompanhamento com sr. Mário, por exemplo, passamos por uma situação bem complicada com ele e o CAPS AD. Em dado momento, foram administradas medicações a sr. Mário como base do tratamento para o uso abusivo de álcool que ele fazia. Sr. Mário não se convenceu e não aceitou de imediato e passou a ir com menos frequência para o serviço de saúde. Quando ia, aparecia bastante alcoolizado, falando alto, sem tomar banho e xingando todos os funcionários que arriscavam falar com ele. O CAPS AD havia estabelecido uma regra: os usuários não podiam apresentar-se o serviço alcoolizados e drogados, sob risco de não entrar no serviço. Sr. Mário passou a ficar na porta e a equipe a dizer que: *“ele não está mais aderindo ao tratamento, está muito agitado por causa do efeito do álcool, não sabemos o que fazer”*.

Nessa lógica, sr. Mário estava sendo diagnosticado como incapaz de adequar-se às normas estabelecidas daquele serviço e, por isso, seu tratamento ia mal, sua saúde estava mal. Alguns outros consideravam que sr. Mário havia “recaído” no tratamento, passou dos limites do uso do álcool e retrocedeu em tudo que havia avançado. Nós, redutoras de danos, fomos conversar com sr. Mário e, engolidas pela lógica de resolver o problema, dissemos-lhe que precisava tomar as medicações, precisava continuar a frequentar o serviço de saúde de maneira adequada. Um grave tropeço: impusemos para sr. Mário, além das regras pré-estabelecidas para frequentar o CAPS AD, também uma lógica de produção de cuidado que olha mais para a doença ou, neste caso, para o abuso de drogas. Para conter a recaída, era preciso medicar, ausentar o vício. Sr. Mário não fora ouvido, fora considerado incapaz de se adequar às normas

estabelecidas do serviço de saúde e, por isso, a medicação era necessária imediatamente. Mas seria esta sua saúde possível? O que produzimos quando tomamos unicamente a doença e o seu conjunto de sintomas cientificamente preestabelecidos, como critério para criar práticas produtoras de saúde? Produzimos abandonos por parte dos usuários: sr. Mário sumiu do CAPS AD por vários dias.

Fomos devoradas por essa lógica resolutiva, reforçando-a, e não deixando espaço para o diálogo. No momento de maior crise, silenciámos a capacidade de transformação de sr. Mário, retirando-lhe a possibilidade de ser senhor de si, mantendo a ilusão de que a solução estava fora dele, qual seja: medicar-se e adequar-se ao serviço de saúde. Dizemos isso porque, por vezes, tropeçamos nos caminhos traçados no cuidado em saúde, produzindo mais saúde dominante do que “grande saúde” ou capacidade de ampliar as possibilidades dos sujeitos instaurarem novas normas. Instauramos um estado de conformidade perante as normas estabelecidas: sr. Mário percebeu que não havia o que fazer e, uma vez frustrado em ter recaído, conformou-se à condição de bêbado. Produzimos, portanto, naquele momento e com aquele modo de cuidar, um pouco mais daquele bêbado que procurara um serviço de saúde para ser algo além de mais um entre tantos outros bêbados.

Entendida como parte de um corpo em movimento e em relação de forças, a concepção de saúde em Nietzsche escapa às armadilhas do dualismo metafísico – a saúde pensada como um conceito unívoco e normativo e o corpo como substância – e encontra sua legitimidade numa certa relação com a experiência. Nessa concepção, a saúde é fundamentalmente múltipla, sendo impossível, desta maneira, pensar uma noção de saúde “normal”, ou seja, saúde compreendida como uma norma. Aqui vemos uma rejeição a qualquer forma de dualismo: se a saúde não pode ser compreendida como “uma dada norma”, a doença também não pode ser pensada como anormalidade ou negação absoluta da saúde (PEIXOTO Jr., 2010). Dessa forma, existem regimes distintos de saúde e doença, de doenças e doentes, pois “não existe uma saúde em si” existindo, então, “inúmeras saúdes no corpo”, como se refere Nietzsche (1882/2001, p.144) na epígrafe que abre este capítulo.

Quando dizemos que numa concepção nietzschiana a saúde se faz a partir da experiência é porque ela traduz a capacidade que o corpo tem de interpretar o mundo de forma potente, e isso nada mais é do que a vontade de potência em seu exercício de fazer valer as exigências da vida. Esta experiência possibilita a transformação do sujeito, uma transformação na relação com as coisas, com os outros e consigo mesmo. Para Pelbart (2013), a experiência à qual Foucault se refere é aquela que trata de atingir não o que se viveu, mas aquilo mais próximo ao invivível,

“não a vida vivida, mas o invivível da vida. Não a experiência possível, mas a experiência impossível. Não a experiência trivial, mas aquela em que a vida atinge o máximo de intensidade, abolindo-se. Não a experiência cotidiana, mas a experiência-limite” (p.207-208).

Ou seja, é a capacidade de esgarçar a experiência no limite da intensidade possível. Trata-se de uma experiência que contrasta o sujeito com a impossibilidade desse limite, que nos permite a transformação, arrancarmo-nos de nós mesmos e que nos impede de continuar sendo quem somos. É ir ao limite da experiência, esgarçando a capacidade do corpo de superar a doença, acolhê-la – e não rejeitá-la ou negá-la – para melhor afrontá-la em seguida. Assim, “a saúde que se desvela no afrontamento com, e depois na vitória sobre a doença, é aquilo que Nietzsche chama de “grande saúde”, ou melhor, a verdadeira saúde. Reforçar a si próprio é a essência da saúde; se destruir é a essência da doença” (PEIXOTO Jr., 2010, p.735). Essa saúde que se define pelo movimento; e, tal qual a vida, ela é sempre movimento.

Esta “grande saúde” é que fará o próprio movimento da vida: superar a doença, já que a vida não é apenas vontade de viver e se conservar. Viver significa querer a potência, sempre se superar, num movimento de autointensificação. Vale ressaltar que não estamos falando da saúde daquele que nunca fica doente, contrariamente à concepção dominante no senso comum segundo a qual ou estamos saudáveis ou estamos doentes.

Nietzsche afirma que é preciso fazer frente à existência, ter capacidade para dar novos sentidos e objetivos ao cotidiano. Tal como um artista que deseja e cria sua obra, a vida tem que ser querida e desejada, inventando para si novas formas de se estar no mundo. Dias (2011) afirma que Nietzsche convida o ser humano a construir a própria singularidade organizando uma rede de referências que o ajuda a se moldar na criação de si mesmo. Ou seja, tal qual dissemos acima, é na relação com o outro que criamos a nós mesmos; é na construção de redes de referências e apoios que temos a capacidade de nos reinventarmos e criarmos para nós a capacidade de sermos mais autônomos e livres, como afirmava também Tykanori. Para Nietzsche, a vida adquire uma nova significação: a vontade de potência. Ou melhor, privilegia as forças de criação em relação às forças de adaptação, pois viver não é apenas adaptar-se às circunstâncias externas, mas sim uma atividade criadora. Esta, por sua vez, é o que permite o autor dizer que ter saúde é a capacidade dos indivíduos superarem as adversidades da vida, transformando-as em mais vida.

A noção de “grande saúde” em Nietzsche ajuda-nos a pensar sobre esta capacidade e flexibilidade de mudança, de transformar a dor em algo potente, que seja útil ao enfrentamento

das adversidades da vida. Refere-se, pois, à capacidade de incorporar novas experiências, de dizer sim à vida. Ao discorrer sobre a concepção de saúde, Canguilhem e Nietzsche parecem apontar para uma mesma direção, a saber: a capacidade de habitar a multiplicidade do mundo e sua constante autoprodução ao tratarem da capacidade normativa da vida ou a capacidade plástica dos corpos de afirmarem sua vontade de potência.

Este desejo permanente por mudança nos leva à criação e ao paradoxal desejo de desconstruir, gradualmente, as lógicas reprodutoras e desingularizantes e, igualmente, novas compreensões ao processo de desinstitucionalização. A aproximação das ideias de transvaloração dos valores de Nietzsche como essa capacidade de se manter normativo, ou seja, agir de acordo com as intempéries que a vida nos impõe, ajuda-nos a pensar acerca de processos subjetivos que têm contribuído na manutenção de práticas tão institucionalizadas no cuidado em Saúde Mental, por exemplo, e que esbarram em lógicas características do paradigma biologicista, ainda tão arraigado às ciências humanas, dificultando a construção de alternativas outras para o cuidado em saúde.

São práticas, como já dissemos, que esbarram em lógicas normalizadoras que adequam a vida dos sujeitos e seus corpos às normas científicas da saúde, que padronizam a vida, impondo modos de viver e existir mais assépticos. Forças anestésicas da existência que aparecem em inúmeras cenas, desde a imposição de medicações a sr. Mário; ao impossibilitar um usuário falar por si; ao tentar limitar que Abel possa circular pela cidade em nome de uma proteção sobre si mesmo, proteção que limita e silencia; quando o cuidado em saúde realizado traça metas e protocolos a serem executados; à cidade que produz entalhamentos e reduz cada vez mais a possibilidades que as pessoas habitem o espaço urbano; nas resistências que fazem os moradores em situação de rua em suas condições de vida nas cidades; ao impor a abstinência aos sujeitos; ao colocarmos regras *a priori* para o cuidado em saúde, dentre tantas outras. Viramos espécies de “amoladores de faca” (BAPTISTA, 1999), especialistas da subjetividade e do bem-estar, impondo formas padronizadas e moduladas de viver e de se comportar, adequando o corpo às normas científicas, retirando da vida as possibilidades de experimentação e de criação coletiva.

Amolamos facas quando, em nome de uma produção de saúde por mais qualidade de vida, reduzimos as possibilidades subjetivas dos sujeitos, viramos espécies de sacerdotes ascetas esculpindo a “forma homem”, bem moral e bem comportada. Os amoladores de faca são, neste sentido, o oposto dos produtores de “grande saúde”, pois estes últimos têm “a tarefa terapêutica proporcionar a abertura da visão a uma perspectiva livre dos ideais científico-

morais, possibilitando o enfrentamento da doença: não compreendendo que a cura seria a restauração a algo, mas, sim, um processo doloroso de superação” (KAYSER, 2014, p.109).

A lógica atual de cuidado é ainda pautada em todo um aparato desenvolvimentista das ciências biológicas e médicas nos ditando, a todo momento, como viver mais e melhor, sem dores, sem traços de velhice, sem rugas e quilos a mais, com um corpo perfeito, uma mente livre de desconfortos. Tal lógica centra a saúde em um ideal de permanência e estabilidade, ou seja, vidas sem perturbações, sofrimentos, desassossegos cuja dor é rapidamente diagnosticada e medicada. Com isso, evitamos o sofrimento, nos acovardamos e, ao mesmo tempo, empobrecemos nosso próprio repertório existencial. Coelho (2014), inspirada nos pensamentos de Nietzsche, afirma que romper com essa concepção é interromper a vibração de um corpo quando atinge as intensidades que significamos como dolorosas, é romper também com a “dor parturiente”, pois, impedido de crescer, o sujeito cristaliza-se e tem sua processualidade cortada. Falamos, pois, de uma clínica que possa ressignificar a dor quando assumimos seu estado de passagem, sustentando-se num posicionamento de acolher os enfrentamentos que a vida nos apresenta, já que são nos momentos de crise, de sofrimento, que nos encontramos diante do abismo em nós. E, são nos encontros com esses momentos que precisamos convalescer para uma nova forma de existir, para a construção de saídas, para atrevermo-nos a criar.

Toda uma fratura que enfia a vida num desfiladeiro inclemente, percebe-se que esse “depois” (de uma superação) não se refere a um conteúdo empírico, que a desagregação não é apenas um desfazimento, que a morte ela mesma não é um fato. Na verdade, a cesura ela mesma não é um incidente, mas um acontecimento, sem localização temporal determinada (por mais que ele assim possa ser exprimido). A cesura como constituinte da ordem do tempo, em que sempre se está a viver o “depois” de uma catástrofe, um “o tempo está fora dos eixos”, um enlouquecimento do tempo, onde o sujeito sente-se rachado para sempre, inapelavelmente (...) Sempre se está a gravitar em torno a essa cesura a partir da qual a vida se distribui desigualmente, a partir da qual a rachadura abre-se em nós, ainda que o acontecimento que a simbolize não seja pessoal, “meu”, mesmo quando me concerne por inteiro (PELBART, 2004, p.84-85)

A incorporação dessa experiência nos ajuda a entender a possibilidade de existir saúde no sofrimento, ao mesmo tempo em que podemos transformar o sofrimento em outra coisa: em mais vida. O superar as intempéries da vida é aquilo que nos falavam Canguilhem e Nietzsche através da noção de capacidade normativa. É dessa compreensão, de todas as possibilidades de saúde possíveis, que a gente pode pensar que clínica é demandada e possível para esta produção

de saúde: um cuidado que se dá na dimensão da relação, do contágio com o outro, ao se misturar com o outro e com a mistura que as cidades proporcionam. A dimensão da experiência do cuidado se dá na relação, de forma coletiva; é na composição com o outro e no aumento de redes de apoio que uma transformação mais libertária e autônoma é possível. A saúde que podemos cuidar na Reforma Psiquiátrica, na saúde mental, é uma saúde que não almeja extirpar a doença, mas fazê-la transformar-se em outra coisa, ressignificando-a.

Os usuários que ao longo desta dissertação compareceram com suas histórias narradas – Abel, Ney, os usuários em situação de rua, sr. Mário, os usuários da associação –, apesar das vidas difíceis, guardam saúdes dentro de si: enfrentam uma cidade planejada demais, limpa, asséptica, acelerada e organizada, ao mesmo tempo que, por vezes, são capturados por estas. Mas, a cidade veloz, atordoante e inquieta é também aquela que permite ao seu habitante esquecer-se. No tumulto das ruas, parecem experimentar a possibilidade de libertar-se um pouco das lembranças que os prendem a si mesmos e viver a vida como se fossem um outro. Essa mesma experimentação obtivemos nos modos de pesquisar e acompanhar as itinerâncias. Maria Rita Kehl¹⁷ fala que a versão mais contemporânea da cidade talvez seja mesmo esta: o espaço onde o homem obtém a suprema graça de se esquecer e de se perder. É na cidade que o homem comum pode se entregar ao fluxo dos dias, desapegado de si; pode romper com os padrões para criar novos sentidos com relação às imposições dadas aos indivíduos, aos grupos ou às sociedades.

A costura de diferentes mapas de itinerâncias percorridas pelos usuários e pela pesquisadora errante, em questão, fez-nos perceber a potência do cuidado que se estabelece em rede, por contágio, por diversas composições e encontros. Talvez sejam essas inúmeras saúdes que os usuários, que conseguem fazerem-se protagonistas, nos desafiem a enxergar: uma saúde que compreende a vida, em sua perspectiva trágica, como um jogo permanente de superação da doença para uma “grande saúde”, um jogo de tonificação e enfraquecimento, requer uma saúde que se aprende com ela mesma, com a vida.

¹⁷ Em crônica escrita para a Revista online *Pise na Grama*, disponível em <http://piseagrama.org/olhar-no-olho-do-outro/>

5. Considerações finais

A boa saúde

Em uma parada qualquer, um enxame de garotos invadiu o ônibus. Vinham carregados de livros e cadernos e bugigangas diversas; e não paravam de falar nem de rir. Falavam todos ao mesmo tempo, aos gritos, empurrando-se, sacudindo-se, e riam de tudo e de nada.

Um senhor encencou com Andrés Bralich, que era um dos mais ruidosos:

- O que há com você, garoto? Está com a doença do riso?

Uma simples olhada bastava para comprovar que todos os passageiros daquele ônibus já tinham sido submetidos a tratamento e estavam completamente curados.

(Bocas do tempo, Eduardo Galeano)

Este percurso de pesquisa parte de experiências como trabalhadora e pesquisadora do SUS que clamavam por serem revisitadas e contadas através de uma aposta em experiências de cuidado em rede guiada pelas andanças e pelos fluxos relacionais que os usuários inventam para si. Neste percurso, fomos identificando saberes produtores de saúde que puderam se legitimar ao longo dessa construção. Acompanhar as itinerâncias de usuários sempre foi o objetivo deste projeto, mas ele foi se inventando e traçando novos caminhos, a fim de narrar estas experiências vividas. Compreender que a itinerância do pesquisador também faria parte dos objetivos desta dissertação foi um entendimento que também amadureceu ao longo da pesquisa. Nesse caminhar, foi-se inventando, errando e cambaleando em trajetos para alcançar o objetivo do projeto relatado até aqui. O método de pesquisa e escrita foi se desenhando pelas errâncias da pesquisadora em uma nova cidade, pelas itinerâncias nos territórios da saúde, pela habitação no território de pesquisa e da cidade de Porto Alegre, nas errâncias de atores da pesquisa que deram pistas para o desenvolvimento desta escrita.

Tudo isso só foi possível devido à proposta de uma cartografia, e desenvolvê-la foi uma aposta nas errâncias e itinerâncias em busca de uma produção de cuidado que dissesse de uma “grande saúde”. Tivemos oportunidade de construir estes caminhos de pesquisa com usuários desejosos de vida, forjar uma forma de cuidado que olhasse mais atentamente para os processos singulares da vida de cada um. E, construir com trabalhadores que revelavam uma capacidade inventiva e criativa que merecia atenção. Seguimos rastros de produção de cuidado em rede que se deu em itinerância num território em que o usuário fez-se protagonista.

Nesta aventura de remontar e recompor histórias de usuários em suas itinerâncias, percebi modos de viver que produziam fissuras. Fissuras nos modos pré-determinados da ciência especialista e especializada, das formas de captura cotidianas, das formas protocolares

de produção de saúde. Quando olhava para Sr. Mário, Abel, Ney, Ismael, sentia muito mais saúde do que doença, ainda que colocassem em primeiro lugar suas condições de loucos, drogados ou moradores em situação de rua. A coragem de sair de onde estivessem, de circular pelas ruas do centro da cidade, de encarar novos serviços de saúde, oficinas terapêuticas na praia; a capacidade de transformar e aproveitar os recursos das cidades por onde passavam, de se agenciar a coisas e pessoas, de fazer circular informações, falava-me de pessoas com saúde. Uma saúde que resiste, pois, contemporaneamente, resistir passa por dar corpo à experimentação dos arranjos e composições possíveis. Contemporaneamente, resistir passa também por inventar modos de vida no cotidiano da experiência urbana (BAPTISTA, 2004, p.43).

Resistir requer também coragem. Palombini¹⁸ ressalta com bastante ênfase o quanto as pessoas são guerreiras frente às condições que vivem, apesar de toda precarização da vida, não perdem a dimensão de força de vida que ainda pulsa e afirma uma vontade de vida. É essa dimensão de força de vida que permite, pois, criar e não ressentir. Dias (2011), inspirada em Nietzsche, diz que o ato de criar é estar sempre efetivando novas possibilidades de vida, de forma constante e ininterrupta, “é colocar a realidade como devir, isto é, aos olhos do criador não há mundo sensível já realizado onde é preciso se integrar. Criar não é buscar” (p.65).

A aposta em afirmar essa concepção de “grande saúde” neste trabalho foi de pensar uma aproximação com uma clínica itinerante possível. É pensar nas itinerâncias de usuários que habitam os diversos territórios e apostar também nas errâncias e possibilidades de cuidado que eles contêm ou venham a compor no encontro com os corpos singulares que cada usuário pode apresentar. Afirmamos a potência de uma itinerância por redes invisíveis, por agenciamentos outros que também possam constituir-se em redes de cuidado. Segundo Coelho e Fonseca (2007), “torna-se necessário resistir e criar. A criação de si diz respeito à liberdade de viver a saúde singularmente, experimentando-a de mil modos” (p.65).

Trazer aqui as concepções de saúde em Nietzsche e a noção de “grande saúde” teve por objetivo fazer uma aproximação, também, das possibilidades de uma clínica trágica enquanto potência de vida e como clínica da resistência à homogeneização imposta pelo biopoder, como trabalhamos no último capítulo. A clínica, pensada nessa configuração, não está voltada para remissão dos sintomas, mas para a promoção de processos de vida e de criação que se opõem à

¹⁸ Fala da professora Analice Palombini¹⁸ no evento “Acompanhamento terapêutico, universidades e políticas públicas: redes de conversa” que ocorreu em Porto Alegre/RS no mês de setembro de 2015.

“gorda saúde dominante” (DELEUZE, 1997) perfeita e “funcionando bem demais”. Uma “grande saúde”, como aquela dotada de capacidade de se servir da doença, não rejeitá-la ou negá-la e, fazer dela uma arma para o próprio conhecimento de si, ao passo em que, ao acolher a doença, reúne-se em si todos os tipos de conhecimentos. Tal capacidade é explicada por Nietzsche como “aquela cuja alma aspira viver toda a amplitude dos valores e das aspirações que prevaleceram até agora, este tem a necessidade em primeiríssimo lugar de uma coisa: a grande saúde” (NIETZSCHE, 1882/2001, p.291-292).

Pensar saúde e clínica à luz da filosofia trágica diz de atravessamentos que se dão neste trabalho como fio condutor de afirmação da vida. Possibilita-nos uma visão trágica da vida, em que somos constantemente desafiados a ver a existência com todas as suas facetas (COELHO; FONSECA, 2007). A função da tragédia, portanto, seria a de suportar e superar o sofrimento e terror da vida, pois este é o potencial da humanidade para uma existência vital. Para Peixoto Jr.:

Neste sentido, dizer sim à vida é recusar a decadência, o ressentimento e a má consciência - os quais transformam o sofrimento em objeção ou motivo único para o viver - aceitando os estímulos provenientes das forças antagônicas. **O sim à vida não é, de modo algum, uma aceitação resignada da dor, mas uma luta contra ela. E é essa luta que representa a forma suprema da afirmação.** Afirmação que devemos contrapor, nos dias de hoje, ao culto ao corpo como pretensão puramente narcísica, e à saúde normativa como assepsia com pretensões de hegemonia absoluta. Pois esse corpo e essa saúde - que nada têm a ver com as propostas nietzschianas - são, em última instância, apenas novas modalidades de recusa da singularidade que é própria à vida (2010, p.411, grifos nossos).

Ou seja, estar na vida não só para suportar, mas para superar, criar, inventar – poder mais! Tal concepção é uma antítese ao ressentimento quando afirma certo compromisso ético com a própria vida tomando para si a responsabilidade daquilo que se pode fazer com esta. Ressentimento, entendamos aqui, como aquilo que marca a moral escrava – negadora, reativa – incapaz de uma reação afirmativa frente às adversidades da vida, regida por instintos de conservação (PAULON, 2014). Estes instintos de conservação oscilam entre estar no passado e no futuro: está em qualquer lugar, menos na vida, no momento presente. Com essas ideias, como pensar uma outra clínica possível? Uma clínica à luz da potência trágica da vida que possibilite experimentar cada acontecimento como algo novo?

Na realização desta pesquisa, foi possível perceber também diferentes modos de circulação dos usuários pelos territórios do SUS e da cidade: usuários em uma condição de passividade frente aos serviços de saúde e à vida, sem qualquer posição mais autônoma; e,

outros que escapam às mesmices dos serviços e inventam alternativas e estratégias de cuidado para si. Contudo, percebemos também que a conduta dos usuários frente aos serviços de saúde depende também do ritmo e dos territórios habitados, pois, por vezes, vimos uma falta de compreensão dos serviços em relação à potência que é abrir espaços e possibilitar o estabelecimento de outras relações. Por isso, investir em outros lugares como praças, ruas, oficinas ou outros espaços que ainda não foram habitados.

A tessitura com a rede é geralmente uma tarefa com a qual os profissionais da saúde se ocupam para minimizar, muitas vezes, os sentimentos de solidão. Ou seja, comumente ouvimos dos profissionais relatos de sentirem-se sozinhos dentro de seus serviços de saúde e reforçam os discursos de “é preciso fazer a rede funcionar” para que esse sentimento de solidão diminua, para que o profissional não se sinta incapaz por não dar conta de organizar a vida dos usuários. Mas, às vezes, ele não vai dar mesmo conta, às vezes não é para dar conta. Será que uma rede com um máximo de buracos não é justamente o que possibilita inventar novas formas de cuidado? Nas brechas que os buracos deixam é possível inventar aquilo que não está dado, que nos coloca a criar e inventar algo para que se dê conta. São os buracos e brechas da rede que nos forçam a parar e olhar para além da necessidade de dar conta de tudo estabelecendo uma resolução definitiva dos problemas.

Ao nos colocarmos excessivamente na relação terapêutica querendo dar conta de toda a vida do usuário, não permitimos que os sujeitos construam suas próprias itinerâncias e andanças. O excesso se dá na tentativa repetida de abarcar tudo em face de tanta falta (das mínimas condições de vida dos sujeitos, muitas vezes). Talvez, a medida do cuidado em saúde seja não estarmos tão atentos ou tão ocupados em organizar a vida dos sujeitos/usuários e sim em fazer uma escuta mais sensível, condicionando o cuidado ao fazer compartilhado, uma construção conjunta. Talvez seja isso que os usuários que conseguem escapar à lógica de cuidado de saúde instituída e conseguem inventar para si outros modos de existência estejam tentando nos dizer. Estar junto ao outro, na prática clínica, é tecer junto uma rede de cuidados e afetos, é produzir juntos um processo de autonomia que não se faz sozinho, mas em rede. Estar junto é produzir outros modos de existência e de vida todos os dias. É produzir saúde aprendendo com as intempéries que a vida nos coloca. Se a experiência do fazer saúde só se dá na relação, lutemos para tecer, portanto, nas ocupações cotidianas, a rede de cuidado e de afetos de nossas vidas.

6. Referências Bibliográficas

- ALVAREZ, Johnny. PASSOS, Eduardo. **Cartografar é habitar um território existencial**. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina. 2012.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Geração Editorial. 2013.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev. 2004.
- BAPTISTA, Luis Antonio. **A Cidade dos Sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades**. São Paulo: Summus, 1999.
- BAPTISTA, Luis Antonio. **O veludo, o vidro e o plástico: desigualdade e diversidade na metrópole**. Niterói: EdUFF, 2009.
- BARROS, M.E.B. e AMADOR, F. S. **Carta a Foucault: em que estamos em vias de nos tornar em meio ao trabalho no contemporâneo?** In: FONSECA, T.M.G. E ARANTES.E.M. (orgs.). *Cartas a Foucault*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2014.
- BARROS, M.E.; GOMES, R. **Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado**. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. **Cartografar é acompanhar processos**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012
- BARROS, M.E.; PIMENTEL, E.H.C. **Políticas Públicas e a construção do comum: interrogando práticas psi**. *Polis e Psique*, vol. 2, n. 2, p.3-22, 2012.
- BENEVIDES, Regina. **A série Nietzsche-Grupos-Instituições**. In: PAULON, S. (org.) *Nietzsche Psicólogo: A clínica à luz da filosofia trágica*. Porto Alegre, Editora Sulina, 2014.
- BEZERRA Jr. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007
- BENJAMIN, Walter. **O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov**. In: *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Obra escolhidas, v. 1. Editora Brasiliense, 1985.

BENJAMIN, Walter. **Infância em Berlim**. In: Obras escolhidas. São Paulo: Brasiliense, 1987. v.2, p. 71-142.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CALVINO, I. **As cidades invisíveis**. Editora: Companhia das Letras, 1999.

CAMPOS, GWS. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro, Editora Hucitec - Fiocruz, 2007. p.41-80.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1943/1978. 1ª Ed. Brasileira. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas.

CECCIM, Ricardo Burg. **Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004.

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. de. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2): 315-33, maio-ago. 2002.

COELHO, D.M e FONSECA, T.M.G. **As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente**. Psicologia & Sociedade, vol.19, nº 2: p.65-69, 2007.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Ed.34, 1997.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense. 1ª edição, 1988.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. São Paulo: Ed.34, 1995.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 3. São Paulo: Editora 34, 1996.

- DELEUZE e PARNET. **Diálogos**. Tradução Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998.
- DIMENSTEIN, Magda et al. **Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família**. Revista Mental – ano III – n. 5, p. 33-42. Barbacena, 2005 – Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272005000200003&script=sci_arttext.
- DIMENSTEIN, Magda. LIMA, A. I. O. MACEDO, João P. S. **Integralidade em Saúde Mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária**. PAULON, Simone M. NEVES, Rosane. Saúde Mental na Atenção Básica: A territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013, v.1, p. 39-60.
- ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, V. **O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade**. Psicologia em estudo, v. 10, n. 2, p. 295-304, 2005.
- ESCÓSSIA, Liliana. **O coletivo como plano de criação na Saúde Pública**. In: Interface. Comunicação, saúde, educação, vol. 13, supl. I, p.689-694, 2009.
- ESCÓSSIA, Liliana. **O coletivo como plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade**. São Cristóvão: Edição da UFS, 2014.
- ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. **O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica**. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina. 2012.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987
- FOUCAULT, Michel (1984/2004). **Estratégia, poder-saber**. Ditos e Escritos IV. Ed Forense Universitária, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, Michel (1984/2010). **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. In: Ditos e Escritos V – Ética, sexualidade, Política. Ed Forense Universitária, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Ed, 2003.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução Maria Ermantina Galvão. Segunda edição – São Paulo: Editora WMF Martins fontes, 1999.

- FUGANTI, Luiz. **Devir**. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- GIACIOIA Jr., Oswaldo. **Sobre saúde, doença e ressentimento**. In: *Nietzsche psicólogo: a clínica à luz da filosofia trágica* / org. Simone Paulon. Porto Alegre: Editora Sulina, 2014a.
- GIACIOIA Jr., Oswaldo. **Tópico Especial: Para além do Ressentimento: Por uma clínica da grande saúde**. Porto Alegre, 07 e 08 de novembro, 2014b. Notas de aula.
- HESPANHA, Pedro; HESPANHA, Maria José. **O papel das redes sociais nas políticas sociais. O caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. In: Sílvia Portugal e Paulo Henrique Martins (org.), *Cidadania, Políticas Públicas e Redes Sociais*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2011.
- HESPANHA, Pedro; PORTUGAL, Sílvia; NOGUEIRA, Cláudia; Morgado Pereira, José; HESPANHA, Maria José. **Doença Mental, Instituições e Famílias. Os desafios da desinstitucionalização em Portugal**. Coimbra: Almedina, 2012.
- JACQUES, P. **Elogio aos errantes**. In: Jeudy, Henri-Pierre e Jacques, Paola. *Corpos e Cenários Urbanos*, EDUFBA, Salvador, 2006.
- KASTRUP, V. **O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção**. In: CASTRO, L. R. de; BESSET, V. L. (Orgs.). *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008, p. 465-489.
- KASTRUP, V; PASSOS, E. **Cartografar é traçar um plano comum**. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 25 – n. 2, p. 263-280, Maio/Ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200004
- KAYSER, Ralf. **Psicologia, ciência e moral: uma reflexão nietzschiana sobre a “vontade de verdade” na Psicologia**. In: *Nietzsche psicólogo: a clínica à luz da filosofia trágica* / org. Simone Paulon. Porto Alegre: Editora Sulina, 2014.
- LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. *SaúdeLoucura, Série Políticas do desejo*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- LAPOUJADE, D. **O corpo que não aguenta mais**. In: LINS, Daniel; GADELHA, Sylvio. *Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo*. Fortaleza: Relume Dumará, 2002.

LARROSA, J. **A libertação da liberdade**. In: BRANCO, G. C.; PORTOCARRERO, V. (Eds.). Retratos de Foucault. Rio de Janeiro, Nau, 2000.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil**. Physis [online]. vol.21, n.3, pp. 979-1004, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300012&script=sci_arttext

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado**. *Psicol. Soc.* [online], vol.25, n.spe2, pp. 9-20, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600003&lng=pt&nrm=iso

LISPECTOR, Clarice. **Correspondências**: Clarice Lispector. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LONDERO, MFP; CECCIM, RB; BILIBIO, LFS. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde**. Interface (Botucatu), 2014.

LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. **Por uma clínica de expansão da vida**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.515-21, 2009.

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. **As políticas que incidem sobre a vida**. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ/RJ, ano 10, n.1, p.118-133, 2010.

MASSAGLI, R. **Homem da multidão e o flâneur no conto “O homem da multidão” de Edgar Allan Poe**. Terra roxa e outras terras – Revista de Estudos Literários Volume 12, 2008.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). Agir em Saúde. Um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec. p. 71-112, 1997.

MERHY, et al. **Redes vivas: multiplicidade girando as existências, sinais da rua. Implicações para produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**. Disponível em: <https://blog.atencaobasica.org.br/2015/02/01/redes-vivas-multiplicidades-girando-as-existencias/>

MONKEN, M. et al. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_3.pdf

NICACIO, M. F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, Rafael Wolski de. **Eu conheço o Abel**. Produção independente. Direção: Oliveira. Documentário, 12'59", 2012.

NIETZSCHE, Friedrich. (1885/1996). **Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

NIETZSCHE, F. **A Gaia Ciência (1882)**. Tradução, notas e posfácio de Paulo Cesar de Souza. Companhia das Letras. São Paulo: Editora Schwarcz, 2001.

NIETZSCHE, F. **O Anticristo**. Editora Martin Claret, 2002.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da moral**. São Paulo: Companhia das Letras, (1844-1900/2009).

PALOMBINI, Analice. et al. **Acompanhamento terapêuticos na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004.

PALOMBINI, Analice. **Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político**. Revista Psychê, Ano X, nº 18. São Paulo, 2006.

PALOMBINI, Analice. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica**. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007.

PASSOS, Eduardo. BENEVIDES, Regina. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina. 2012a.

PASSOS, Eduardo. BENEVIDES, Regina. **Por uma política da narrativa**. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina. 2012b.

- PARENTE, A. **Imagem-máquina**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.
- PARENTE, A. **Tramas da Rede. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre, Editora Sulina, 2004.
- PARENTE, A. **Rede e subjetividade na filosofia francesa contemporânea – RECCIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.101-105, jan.-jun., 2007.
- PAULON, S. e NEVES, R. (orgs.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2013.
- PAULON, S. M., GAGEIRO, A. M., Costa, D. F. C., LONDERO, M. F. P., PEREIRA, R. G., MELLO, V. R. C., & ROSA, R. H. **Práticas clínicas dos profissionais ‘psi’ dos centros de atenção psicossocial do vale do rio dos sinos**. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 2011.
- PAULON, Simone. **A Desinstitucionalização como Transvalorização. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo**. *Athenea Digital*, 10, 121-136, 2006. Disponível em <<http://antalya.uab.es/athenea/num10/mainieri.pdf>>.
- PAULON, Simone. **Você sabe o que é ter um amor, meu senhor? Notas sobre ressentimento e “dor de cotovelos”**. In: PAULON, Simone (org.) *Nietzsche psicólogo: a clínica à luz da filosofia trágica*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2014.
- PEIXOTO Jr., C. A. **Algumas considerações nietzschianas sobre corpo e saúde**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 35, dez. 2010.
- PELBART, Peter Pal. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. Editora Iluminuras. São Paulo, 2000.
- PELBART, Peter Pal. **Vida Capital: Ensaio de biopolítica**. Editora Iluminuras Ltda. - São Paulo, 2003.
- PELBART, Peter Pál. **O tempo não-reconciliado**. São Paulo: Perspectiva, 2004. – (Coleção estudos: 160 / dirigida por J. Guinsburg).
- PELBART, Peter Pal. **O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento**. São Paulo: N-1 Edições, 2013.
- PIOVESA, Marco Botelho; FRANCO, Camila; CAMPOS, Isabel. **Consultório na rua – A rua não é um mundo fora do nosso**. Brasília, Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), 2013. Vídeo documentário, 22’25.

PORTUGAL, Sílvia. **Família e redes sociais: ligações fortes na produção de bem-estar**. Coimbra: Almedina, 2014.

PRADO FILHO, K.; TETI, M. M. **A cartografia como método para as ciências humanas e sociais**. *Barbarói*, v. 1, n.38, p.45-59, 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2471/2743>

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Editora Ática, 1993.

RIGHI, L. **PRODUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: acordos, confrontos e reparos**. Capítulo do livro *A Saúde Coletiva: Diálogos Contemporâneos*, organizado por PASCHE, Dário F.; CRUZ, Ivana B. M. Coleção Saúde Coletiva, Ed. Unijuí, 2005, p. 73-92.

RIGHI, L. B. **Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica**. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos HumanizaSUS-Atenção Básica*. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

RIGHI, L. B. **Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos**. *Interface* (Botucatu), Dez 2014, vol.18, suppl.1, p.1145-50. ISSN 1414-3283 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1145.pdf>

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

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada**. IN: NICÁCIO, Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SAIDÓN, O. **Redes: pensar de outro modo**. In: Saidón O, organizador. *Devires da clínica*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 162-71.

SANTANA, P. **A Cidade e a Saúde**. Coimbra, Almedina (pp. 254), 2007.

SANTANA, P. **Saúde, Território e Sociedade. Contributo para uma Geografia da Saúde**. Coleção Textos Pedagógicos e Didáticos, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra (pp. 188), 2004.

SANTOS, M. **Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **O retorno do território.** In: Território y movimientos sociales. OSAL251 [AÑO VI N° 16 ENERO-ABRIL], 2005.

SANTOS, Clayton Ezequiel dos. **Uma breve reflexão sobre o tratamento da drogadição.** In: MERHY, Emerson; AMARAL, Heloísa (orgs.). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaloo & Rothschild: Campinas, P: Serviço de saúde D. Cândido Ferreira, 2007

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da Silveira. **Pedras, plantas e outros caminhos.** Uberlândia, UFU. Documentário, 51'33", 2014

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: PINHEIRO, R & MATTOS, R. A. (org) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, 2003, p. 89-111.

TRINDADE, Letícia L. PIRES, Denise E. P. **Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.22, n.1, p. 36-42. Jan-Mar, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf Acesso em 21 de junho de 2015.

TYKANORI, Roberto. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial.** In: PITTA, A.M.F (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1996.

VASCONCELOS, MFF; MACHADO, DO; PROTAZIO, MM. **Considerações sobre álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem.** Revista Interface (Botucatu), 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140110.pdf>

VEYNE, P. **Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história.** Brasília: Editora da UNB, 1982.

YAHN; YASSUI, S. **O apoiador caipira: o desafio/artes de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares.** Revista Interface - COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO, 2014.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010a.

YASUI, S. **A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora"**. In: Ministério da Saúde (BR). VI Conferência Nacional de Saúde Mental [online]. Brasília (DF): MS; 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>