

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DANIELLE DA SILVA SANTIAGO

REFLORESCENDO ENTRE ESPINHOS: Uma cartografia da produção de cuidado
com pessoa em sofrimento psíquico

RIO DE JANEIRO
2021

Danielle da Silva Santiago

REFLORESCENDO ENTRE ESPINHOS: Uma cartografia da produção de cuidado
com pessoa em sofrimento psíquico

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Mestrado Profissional em
Atenção Primária à Saúde como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em
Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Terenzi Seixas
Co-orientação: Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo

Rio de Janeiro
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Santiago, Danielle da Silva.

Reflorescendo entre espinhos: uma cartografia da produção de cuidado com pessoa em sofrimento psíquico. / Danielle da Silva Santiago. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2021.

198 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Clarissa Terenzi Seixas.

Coorientador: Tiago Braga do Espírito Santo.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2021.

Referências: f. 179-192.

1. Saúde Mental. 2. Estresse Psicológico. 3. Cartografia. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Seixas, Clarissa Terenzi. II. Espírito Santo, Tiago Braga do. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. VI. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela equipe do Setor de Referência da Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 16:00hs do dia 22 de abril de 2021 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: **Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título: **"REFLORESCENDO ENTRE ESPINHOS: Uma cartografia da produção de cuidado com pessoa em sofrimento psíquico."**, foi apresentada pela candidata: **Danielle da Silva Santiago**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 119006098** (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG Nº 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na “Resolução CEPG nº 01, de 16/03/2020”, que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, “artº 1º”, () item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (x) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Clarissa Terenzi Seixas** (presidente); **Emerson Elias Merhy** (1º examinador); **Kathleen Tereza da Cruz** (2º examinadora); e **Helvo Slomp Junior** (3º examinador), em sessão REMOTA, () PARCIAL (x) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (X) **APROVADA** () **NÃO APROVADA** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Trabalhar o material para futuras publicações.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela aluna examinada.


Presidente/Orientadora: _____

1º Examinador(a): _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2º Examinador(a):  _____

3º Examinador(a):  _____

Aluno(a)/Examinado(a): Danielle de Silva Santiago

Dedico a nós, mulheres, que nos equilibramos em infinitos papéis, aspirados ou não, em meio a uma sociedade que persiste com o patriarcado, que se estrutura com relações corrompidas pelos ideais e atitudes machistas, que nos violam e diminuem nossos desejos mais simbólicos.

Que não somos iguais, mas nos fortalecemos em nossas diferenças. Que lutamos cotidianamente para sermos livres, para sermos quem quisermos ser.

À nossa capacidade de sermos resilientes e fonte de resistência quando nos apoiamos umas às outras.

Que desejamos a igualdade, para então sermos únicas.

À minha primeira e maior inspiradora, minha matriz e referência potente de mulher, minha Mãe!

AGRADECIMENTOS

Partindo do fim para o começo, em uma breve retomada da minha jornada até aqui, me percebo fortalecida e enxergo que venci.

Venci meu medo de errar, venci o lugar de subalternidade em que me coloquei ao adiar essa experiência, por não acreditar que conseguiria, que era objetivo inatingível.

Determinei no inconsciente que ocupar este espaço não me caberia, que não alcançaria pré-requisitos, que não atenderia as exigências que requerem para estar ali.

Diminuí, dessa maneira, meu potencial, minhas possibilidades, logo eu, que sempre acreditei em mim.

Mas nas voltas que a vida dá, fui condicionada a retomar certos sentimentos que, vez ou outra, levam minha vida para um outro caminho.

Sentimentos camuflados de necessidades, que sempre me moveram frente a todas as dificuldades que passei: o desejo de melhorar minhas condições de vida e a dos meus.

Com o encerramento deste ciclo, não consigo fugir de uma breve retrospectiva do caminho até aqui. Experimentar tudo isso não foi fácil. A pressão pela desistência sempre bateu à porta. Os problemas pessoais, os emocionais, a Pandemia, tudo foi gatilho. Um misto de desespero com tentativa de sobrevivência. Sobrevivi.

O orgulho agora extravasa, ao reconhecer e admirar a pessoa que me tornei e os conhecimentos que adquiri.

Como fundamental à conquista, agradeço à minha rede de conexões de existência formada com as novas relações que construí com colegas de mestrado. Pelas amizades antigas que são meu apoio e refúgio em tempos dolorosos da caminhada na vida. À minha família, em especial aos meus pais Maria de Fátima e Jorge, que são a razão para tudo que me proponho a seguir. Ao meu amor, parceiro de vida, pela acolhida, carinho e todos os momentos que precisou me sustentar em afeto. Aos orientadores, que lançaram as sementes do desafio, auxiliaram a germinar o plantio e que do fruto nós colheremos. Toda uma rede de apoio e afeto essencial, pois nada se faz sozinho.

Agradeço aos encontros com as profissionais do serviço que se integraram à pesquisa. À toda presteza, interesse e comprometimento com a proposta de estudo apresentada e bem recebida. Que sejam felizes e assertivas em seus caminhos profissionais.

Gratidão à minha usuária-cidadã-guia, por me guiar em sentidos e sentimentos construídos em encontros. Por compartilhar seu íntimo, sua essência singular e dividir comigo narrativas e momentos únicos que pulsaram e se tornaram eternos em minha memória.

Em especial, preciso ser grata a mim, por não sucumbir às dores. Agradeço quem fui quando criança, minha jornada juvenil e à mulher que me tornei.

Sou resultante do passado e presente que habitam em mim, dos acontecimentos que vivi e das pessoas que encontrei.

Por hoje, não peço nada, apenas agradeço!

RESUMO

Diversas e tensionadas foram as mudanças engendradas na sociedade brasileira no âmbito da saúde mental, desde o marco do movimento de Reforma Psiquiátrica. Mudanças que de uma parte ocorreram nas proposições nos campos jurídico-legislativo, e de outra no campo das práticas de saúde voltadas para os sujeitos em sofrimento psíquico. Contudo, quando nos aproximamos do cotidiano de um serviço de saúde percebemos que, apesar dos importantes avanços para o atendimento às demandas destes sujeitos, a produção de saúde ofertada ainda tem pecado no que tange o cuidado desses indivíduos, pelo distanciamento que tem da realidade de vida e das conexões existenciais dessas pessoas. Assim, este estudo ocupou-se em conhecer uma produção do cuidado com pessoa em sofrimento psíquico a partir de uma unidade da Rede Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro, a fim de contribuir para o debate sobre o tema do cuidado e promover reflexões sobre estes sujeitos e suas necessidades. Utilizando da cartografia como metodologia, acompanhamos a vida de uma usuária-cidadã-guia dando voz às suas vivências e suas conexões existenciais, que permitiu-nos alcançar elementos para repensar a produção de cuidado. Como resultado, observou-se a importância das ressignificações das suas experiências e das diferenças nos modos de se conduzir na vida, a necessidade de identificar e valorizar os seus desejos, o reconhecimento de suas redes de conexões existenciais e algumas interferências que se colocam em sua vida como elementos impulsionadores para propor novos caminhos para uma produção de cuidado relacional junto do que faz sentido para os usuários.

Palavras-chave: Cuidado, Saúde Mental, Sofrimento Psíquico, Atenção Básica, Cartografia.

ABSTRACT

The changes engendered in Brazilian society are diverse and tensionated in the scope of mental health, since the Psychiatric Reform movement. In one hand, changes occurred in the propositions in the legal-legislative fields and, on the other hand, on the health practices aimed for psychological distress. However, when we approach the daily life of a health service, we realise that, despite the important advances in meeting subject's demands, the health production offered still has sin in terms of health care, due the distance it has from the reality of life and the existencial conections of these people. In that perspective, this study was concerned about knowing a production of care with the psychological suffering from a unit of Basic Health Network in the county of Rio de Janeiro, in order to contribute to the debate on the topic of care and promote reflexions about these subjects and their needs. Using cartography as a methodology, we followed the life of a user-citizen-guide, giving voice to her experiences and her existencial conections, which allowed us to reach elements to rethink the care production. As a result, the importance of reframing her experiences and the diferences in the way of conducting life were observed, the need to identify e value her desires, the recognition of her existencial conection networks e some interferences that arise in her life as driving elements to propose new paths for the production of relational care along with what makes sense to the users.

Keywords: Care, Mental Health, Stress Psychologique, Primary Health Care, Cartography.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
MPAPS	Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	O PRINCÍPIO DO CAMINHO - NARRATIVAS DAS VIVÊNCIAS E DOS PERCURSOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI	14
2	INTRODUÇÃO	22
3	OBJETIVOS	27
3.1	OBJETIVO GERAL	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4	PARTE I - HISTORICIDADES, CONTEXTOS E CONCEITOS	28
4.1	QUE PRÁTICAS DE SAÚDE TEMOS FORMULADO NOS SERVIÇOS? O CUIDADO COMO DIREÇÃO PARA NOVOS AGIRES COM OS USUÁRIOS	28
4.2	DO TRATO DA LOUCURA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - BREVE HISTÓRICO DAS TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NAS CONCEPÇÕES E NAS PRÁTICAS DIRECIONADAS ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	34
4.2.1	As instituições psiquiátricas e a psiquiatria	35
4.2.2	Os antecedentes e os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil	40
4.2.3	A Atenção Psicossocial e o cuidado em saúde mental	46
4.3	OS CAMINHOS PARA ALÉM DO INSTITUÍDO - UMA APROXIMAÇÃO COM O TERRITÓRIO EXISTENCIAL	53
5	PARTE II - MÉTODO	58
5.1	APOSTAS METODOLÓGICAS - DESENHANDO UMA PESQUISA CARTOGRÁFICA	58
5.1.1	Abordagem cartográfica	58
5.1.2	Cenário da pesquisa	60
5.1.3	O Usuário-cidadão-guia	60
5.1.4	Das ferramentas utilizadas	62
5.1.5	Aspectos éticos da pesquisa	67
6	PARTE III - DEVIR CARTOGRÁFICO	69
6.1	ANDARILHAGENS INICIAIS DE UMA CARTÓGRAFA-APRENDIZ	69
6.1.1	Notas a respeito do inesperado: o contexto da pandemia da Covid-19	70
6.1.2	Inserção no cotidiano do CMS	73
6.1.3	Aproximações com o NASF	78
6.1.4	A apresentação à usuária-cidadã-guia	84
7	PARTE IV - DESCOBERTAS E ACONTECIMENTOS	88

7.1	OS ACONTECIMENTOS PRODUZIDOS EM UMA CARTOGRAFIA COM PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO – REGISTROS, DESCOBERTAS E AFETAÇÕES	88
7.1.1	“Quem sou Eu” - Floribella	89
7.1.2	“Minha Vida” - A História de vida de Floribella	96
7.1.3	“Pescador de Ilusões” - A trajetória terapêutica da usuária-cidadã-guia	105
7.2	A REDE DE CONEXÕES EXISTENCIAIS: ESPAÇOS, SUJEITOS E MOVIMENTOS DE UMA PRODUÇÃO DE CUIDADO COM O OUTRO	110
7.2.1	Família	111
7.2.2	Relações afetivas - amor e amizades	115
7.2.3	Trabalho	120
7.2.4	Serviço de Saúde	123
7.2.5	Religião	128
7.3	INTERFERÊNCIAS ENCONTRADAS NA PRODUÇÃO DE CUIDADO	134
7.3.1	Primeira interferência: as relações parentais, vínculo e suas reverberações	135
7.3.2	Segunda Interferência: condições de vida	149
7.3.3	Terceira Interferência: atuação do serviço de saúde	157
8	PARTE V- REFLEXÕES E PROPOSIÇÕES	166
8.1	O QUE ENCONTRAMOS PARA ALÉM DOS MUROS, AFINAL? O QUE SE RESSIGNIFICOU COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA PARA ALÉM DO INSTITUÍDO E AS PROVOCAÇÕES PARA NOVAS PRODUÇÕES DE CUIDADO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	166
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
	REFERÊNCIAS	179
	APÊNDICES	193
	APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR DISPARADOR DE DIÁLOGO COM A USUÁRIA	194
	APÊNDICE B - ROTEIRO NORTEADOR DISPARADOR DE DIÁLOGO COM OS PROFISSIONAIS	195
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIO-GUIA	196
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - REDE DE CONEXÕES DO USUÁRIO	198

1 O PRINCÍPIO DO CAMINHO - NARRATIVAS DAS VIVÊNCIAS E DOS PERCURSOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI

Em nossa trajetória de vida, em sua infinita complexidade de acontecimentos, vivenciamos momentos nos quais construímos e desconstruímos necessidades e desejos de vida, em percursos existenciais cujos encontros e desencontros com os outros são parte deste processo.

Segundo Minayo (2004, p. 90) “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática”. Isto quer dizer que um pesquisador, em sua cadeia de ideias e pensamentos sobre aquilo que pretende se debruçar em estudo, traz consigo fragmentos dos seus percursos existenciais e das experiências vividas.

Alguns destes fragmentos partem da inserção no mundo do trabalho, por onde passa a produzir suas próprias experiências profissionais, e a partir destas, problematiza esses espaços ocupacionais. Uma outra parte é a que se formula subjetivamente, quando seu objeto ou problema de pesquisa lhe afeta intimamente, por compor sua própria narrativa de vida.

Com meu ingresso no Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MPAPS/UFRJ) pude me interrogar sobre meu lugar de pesquisadora e percebi que pesquisar também é dizer sobre mim, minhas origens, daquilo que influencia de alguma maneira meu modo de viver e enxergar o mundo.

Desta forma, trago comigo minha trajetória de vida que tem seu princípio não onde nasci, mas em um lugar anterior a mim, na cidade dos meus pais, na região Nordeste do país.

Com meus pais, a vida não foi diferente de uma grande maioria de nordestinos crescidos nos interiores do Brasil, que para tentar mudar sua condição de vida e suas próprias perspectivas de futuro, saem do seu lugar comum se distanciam dos seus, migrando em uma jornada que os direciona a novos caminhos. Caminhos que costumam ter como destino as grandes cidades urbanas, terra dos sonhos para uma nova realidade.

De um interior onde cresceram com escassez de recursos materiais e pouca perspectiva para mudarem as repetições de eventos e acontecimentos que marcaram

suas gerações e a de seus antecessores, meus pais projetaram seu futuro na cidade do Rio de Janeiro.

Criaram raízes no morro do Andaraí, e igual a muitos outros, vieram para a metrópole muito jovens, se alojando inicialmente na casa de parentes e construindo seu novo lar e nova família na localidade e nas circunstâncias que lhes foi possível.

Minha infância, felizmente, foi vivida com alegria e com o afeto da família, tendo a constante presença dos amigos que formamos, além de familiares que também vieram para cá e aqui também produziram seus novos modos de viver.

Não foi fácil, no que posso dizer das condições objetivas de vida, mas a inocência de uma criança às vezes não é consumida pelas diversas manifestações da “questão social”¹ que, direta ou indiretamente, possam lhe atingir.

Crescer em uma área periférica da cidade, diferente de outros relatos de infâncias que já ouvi, cercadas pela liberdade do ir e vir e pela tranquilidade em circular nos espaços fora de casa, não é simples, tampouco terreno de harmonia e de paz constante. Lá se percebe desde cedo que as desigualdades sociais têm seu “público alvo”, que o ir e vir vai depender de como está a correlação de forças entre os principais atores sociais que influenciam no cotidiano local, e que as políticas públicas dificilmente sobem a ladeira.

Da infância para a adolescência, os primeiros passos para as projeções de futuro. E este futuro se construiria através de uma formação profissional, desde cedo, com vistas a inclusão no mercado de trabalho. Era esta proposta que apresentavam para aqueles que ingressavam no ensino médio com curso profissionalizante, a melhor oportunidade de trabalho formal. Era esse o futuro que diziam ser o melhor para minha geração, pelo menos de onde venho. Foi o que disseram para meus pais, foi assim que seguiu primeiro meu irmão e assim também fui influenciada.

Das instituições de ensino público de nível médio, consegui acessar uma das melhores após aprovação em meu primeiro concurso prestado, para uma instituição de nível médio-técnico. Era o primeiro desejo de fato realizado e sem dúvidas foram uns dos melhores anos da vida. Mas foi também onde surgiram os primeiros conflitos

¹ A “questão social” é entendida com expressão das desigualdades sociais presentes na ordem burguesa, oriundas da existência de classes sociais antagônicas, onde há “os possuidores de propriedade e os trabalhadores sem propriedade” (MARX, 2002, p. 110) ou, dito em outras palavras, configura a separação na sociedade capitalista de dois grupos sociais principais, os que se apossam da riqueza produzida socialmente, a burguesia, e aqueles que não se apropriam daquilo que foi produzido por sua força de trabalho, a classe trabalhadora.

sobre minha percepção sobre o mundo e as escolhas que eu queria para mim. Foi um lugar e período marcados pelos desconfortos, sobre tudo aquilo que não me dizia mais respeito e também pelas descobertas de outros caminhos que eu poderia trilhar.

Nesse período, com ajuda de professores e de amigos da turma, descobri que eu poderia sim, cursar outros níveis educacionais. Até então eu não tinha referências sobre o que era uma Universidade – em uma adolescência em plenos anos 2000!

Prestei vestibular e iniciei minha trajetória acadêmica no curso de Serviço Social. Sempre tive afinidades com a área de humanas e o curso, bem, foi uma grata descoberta. Não recebi interferências familiares sobre minhas escolhas, a decisão pelo curso foi minha, após leituras despreziosas sobre graduações de nível superior e breves pesquisas avulsas sobre a carreira. Escolha certa, que grande encontro eu tive!

De onde nasci e cresci, pensando sobre toda a história da minha família, conseguir estudar em uma instituição de nível superior pública e federal como a UFRJ, era um acontecimento talvez impensável.

Lembro do dia em que fui conhecer o campus, localizado em bairro nobre da cidade, e que pouco conhecia. Minha vida até então era o binômio casa-escola, tudo disposto num mesmo bairro. Meus olhos percorriam aqueles prédios históricos, em um território que nunca achei que poderia, de certa forma, passar a habitar.

Foram anos gloriosos, de conhecimentos revolucionários adquiridos e de mudanças profundas em minha consciência, como estudante, como mulher, como sujeito social, e que ressignificaram meus valores sobre tudo que me cercava.

Tive ali o primeiro despertar para toda uma realidade que eu estava inserida, para a minha história e de minha família vivida até aquele momento. A partir destas experiências, encorajei-me a projetar novos planos ainda maiores para mim e para os meus.

Com a graduação, também descobri uma nova área de interesse, a área da saúde, uma conexão instantânea que me levaria para as primeiras vivências profissionais, e que no futuro se tornaria meu campo de trabalho, de estudo e, de certa forma, de militância. Com minha inserção profissional em instituições públicas de saúde, descobri o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990) real, dos seus entraves às suas possibilidades enquanto uma política pública. Foi estudando e vivendo de outra maneira o SUS - o lado não usuária - que pude superar um entendimento individual carregado de simbologias.

A concepção ampliada de saúde à qual fui apresentada, decorria da conjunção de múltiplos outros fatores - sociais, culturais, econômicos, entre outros - para além das segmentações que até então estavam em mim introjetadas, como as relações médico-paciente, doença-cura. Saúde não se resumia à ausência de doenças, restabelecer a capacidade de produtividade ou não sentir dor, era mais.

Atuei ao longo dos nove anos de formada, até aqui, como assistente social de instituições de saúde em diferentes níveis de complexidade do SUS. Comecei minha trajetória profissional, após ingresso por um concurso temporário da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em um ambulatório para tratamento de pessoas nascidas com fissuras labiopalatais².

Era um trabalho solitário para uma recém formada, pois não tinha contato com outros colegas de profissão e muito pouco estabelecia contato com outros profissionais do serviço.

Pouco tempo depois, fui aprovada em concurso para a Prefeitura Municipal de Itaguaí para trabalhar no Programa de Hipertensão e Diabetes do município - e sua eterna variação de nomes e intencionalidades. Foi meu primeiro contato com a Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2017) e com um universo que já era familiar, agora sob uma nova perspectiva.

Meu contato inicial com uma unidade de saúde integrante da AB data da infância, nas longas esperas por atendimento pediátrico para amenizar meu sofrimento respiratório causado pela bronquite. Dia de “postinho” era um dia de acordar muito cedo, tentar a sorte com uma ficha para atendimento e enfrentar longas esperas pelo atendimento médico. É, não era fácil para minha mãe.

O contato profissional com a AB despertou em mim sentimentos ambíguos, da felicidade em projetar ações que poderiam impactar em grande parte da população local, às angústias em não executar a maioria dos projetos, por esbarrar nas dificuldades econômicas e nos embargos burocráticos da politicagem da região.

Com a AB descobri profissionais parceiros, desde Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Fisioterapeutas, entre outros colegas, que nunca vou esquecer, como também aqueles que já não percebia mais o brilho e ânimo no trabalho, entregues à rotina e à escassez de recursos pelas ausências do papel do Estado.

² “As fissuras labiopalatais são malformações originadas da não junção ou junção incompleta dos processos faciais durante a vida embrionária” (COSTA; TAKESHITA; FARAH, 2013, p. 41).

Também atuei em uma unidade hospitalar de emergência do Estado do Rio de Janeiro saindo deste local para ingressar no que acredito ser o maior desafio profissional e pessoal em curso na minha vida.

Com a aprovação em concurso da UFRJ, retorno à instituição agora como servidora, de volta ao mesmo campus onde me redescobri como sujeito, sendo lotada no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB). Como passei cinco anos cursando a faculdade e nunca havia sequer adentrado aquela instituição? Que cortinas existiam para mim para não perceber o que funcionava nesse território da Universidade que era tão meu?

O IPUB é uma instituição consolidada na cidade do Rio de Janeiro e referência na área da psiquiatria. Nos seus mais de 80 anos de criação, foi palco das diversas mutações ocorridas no campo da medicina psiquiátrica e das reestruturações no âmbito da saúde mental.

Constitui-se como espaço que mescla os resquícios do antigo (hospício) e o surgimento das novas práticas e conhecimentos voltados para as questões que cercam o sofrimento psíquico, atendendo tanto os interesses da universidade quanto da sociedade, o que demonstra toda sua importância social e complexidade na funcionalidade.

O primeiro mês, aquele espanto ao me deparar com aquele complexo lugar de múltiplos serviços voltados para a saúde mental, em diferentes níveis de atenção, além do ensino e da pesquisa. Era um espaço de multiplicidades e assimilar todo este novo universo não foi fácil, e continua não sendo.

Meu lugar de inserção foi o mais improvável dentro das minhas expectativas. Ingressei de imediato na internação psiquiátrica, logo eu, que nunca tive experiência profissional nesta área, como também jamais o interesse havia sido despertado. Era uma provação. Que processo de trabalho é esse? Enfermarias para pessoas internadas, em crise. Crise existencial, emocional, orgânica, o que levava às internações? Eu não sabia, estava em crise também.

Comecei a aproximação com um universo de diagnósticos e de saberes sobre os comportamentos daqueles sujeitos em sofrimento. Me sentia uma estudante como os demais residentes e especializando que ali estavam aprendendo também.

Diante da complexidade de histórias descobertas e das necessidades que cada sujeito trazia consigo em sua internação, muitas vezes me percebi em desespero

e impotente por não saber qual caminho percorrer para melhor atender as urgências daquele indivíduo (seriam as dele?) e possibilitar condições para sua alta.

Saí da internação e fui para o ambulatório geral de adultos. Outra dinâmica institucional e a mesma sensação de desconforto que se fez na rotina. Então percebi que o desconforto não era apenas pelo fazer profissional deste espaço sócio-ocupacional em si, tinha sua origem de uma vivência anterior ao trabalho nesta instituição.

O que angustiava, dentre tantas coisas, era que tudo aquilo trazia uma proximidade com o meu íntimo, com a minha vida. Entendi que naquele universo de diferenças e repetições de acontecimentos cotidianos, tinha muito de mim, da minha realidade. Tratava-se de vestígios da história da minha família, das múltiplas vivências de familiares meus com o sofrimento psíquico, que de alguns apenas soube por relatos, de outros convivi de perto e muito ativamente.

E aquilo que durante muito tempo foi uma parte da história naturalizada por mim, ao adentrar o sofrimento dos outros, dos usuários, iniciei meu processo de autorreflexão sobre tudo que alguns familiares meus experienciaram. Diferentes gerações e expressões de sofrimento psíquico, onde cada um teve sua trajetória consigo mesmo, em seu percurso único e particular, mas que agora era muito meu também.

De um destes familiares, presenciei a descoberta do(s) diagnóstico(s), seus altos e baixos manifestos fisicamente, conflitos internos e com demais familiares. Muitas perdas sociais, amorosas e afetivas, muitas complicações orgânicas também. Muitas perdas de si mesmo nos seus deslocamentos pela vida, nas inconstâncias do lidar com um sofrimento mental latente, que diante de tantos danos, este sofrimento acabou sendo seu lugar de referência, sua identidade de vida.

Das muitas ausências percebidas em seu caminho, foram também escancaradas aquelas oriundas dos serviços de saúde por onde passou. Testemunhei sua busca por um cuidado em saúde e no lugar deste teve acesso a uma assistência médica desconectada de seus desejos, de suas reais necessidades de saúde e de vida, centrada em um atendimento permeado por um fazer profissional medicalizante.

Seu tratamento seguia sob um roteiro impregnado de repetições burocráticas clínico-procedimentais, ausente de escuta atenta e acolhida. Entendi que a crise, de alguma forma, também vinha dali. Das faltas, da inexistência do afeto, do cuidar.

Mas não só de rupturas e pesares se constitui a vida. Pude participar também do momento de retomada do controle da vida desta pessoa da família, do resgate de seus laços afetivos e sociais e a reestruturação de projetos de vida, que em parte se deu quando houve um efetivo cuidado em saúde em um novo serviço, por uma nova relação com o profissional que ali se construía.

De todos os ganhos, talvez o maior tenha sido o restabelecimento de uma produção de cuidado em saúde autônoma, movida pelos próprios desejos e pelas conexões existenciais que (re) surgiram.

Como parte das afetações surgidas com o processamento que fiz das minhas experiências pessoais e profissionais, pude tecer algumas considerações sobre minha prática profissional com pessoas em sofrimento psíquico.

Tenho observado que nós, profissionais da saúde, muitas vezes nos distanciamos das vivências destes sujeitos e daquilo que faz sentido em sua existência. Nos atemos frequentemente a ofertar respostas que seguem legislações, protocolos e tantos outros documentos normatizadores, mas que nem sempre se conectam à realidade do outro.

Dessa forma, ainda que ocorra a resolução de demandas, queixas ou situações trazidas no dia a dia dos atendimentos nos serviços de saúde, será que o que nós profissionais temos ofertado é, de fato, cuidado?

O que não estamos alcançando sobre as vidas destes usuários de forma a contribuir verdadeiramente com seu cuidado? Se tomarmos como referência que estas demandas/queixas/situações trazidas pelos usuários representam apenas fragmentos de uma totalidade de vida, então como conhecê-los para além do que surge na rotina dos serviços?

Este envolvimento tão significativo com pessoas em sofrimento psíquico trouxe à tona minha percepção sobre entraves com o cuidado com estes sujeitos. Ruídos surgidos a partir de certa insuficiência institucional/profissional com relação às práticas de cuidado, quando se fundamentam em atendimentos muitas vezes superficiais e desatentos aos seus verdadeiros anseios e vontades.

Práticas que se estruturam em um conhecimento tecnicista unilateral do fazer pelo outro, que não inserirem estes usuários como protagonistas do seu respectivo processo de cuidado.

Por outro lado, avistei possibilidades quando revisitei minha trajetória existencial com meus familiares e identifiquei que, quando profissionais estavam

atentos ao que o outro tinha a revelar sobre suas vivências, os seus desejos e angústias, foi possível acessar práticas profissionais valorosas, com potencial para estabelecer relações usuários-profissionais fortalecidas para uma construção conjunta de efetivo cuidado.

Com o mestrado profissional, projeto as inquietações que me motivam a aprender com o outro. Com o uso da cartografia, me lanço para o exercício de materialização do sentir meu e do outro, sempre em encontro.

Peço então passagem para tornar conhecida uma experiência de produção do cuidado com pessoa em sofrimento psíquico fora dos muros institucionais da saúde, de forma a revelar que das singularidades pode se impulsionar reflexões mais próximas dos acontecimentos e sentidos da vida.

2 INTRODUÇÃO

O cuidar, como descreve Feuerwerker (2016), é um tema da vida, assim como a saúde, presente em diferentes arranjos e modos de viver, onde constam aspectos como a solidariedade e o apoio, não sendo uma temática de exclusividade do campo da saúde, mas sim relacionada à produção da vida, das relações e dos encontros.

Sobre o cuidado em saúde, pode-se compreendê-lo como mais do que um agir ou uma ação em si, não exclusivo dos profissionais de saúde, sendo necessária a inclusão dos usuários, das famílias e de outros atores como participantes ativos desta produção (FEUERWERKER, 2016).

Nessa direção, tem-se como referência as necessidades de saúde do usuário, reconhecendo que este tem autonomia para gerir sua própria vida e que este possui uma história, vivências e saberes, muitas vezes ignorados pelos profissionais de saúde.

Seguindo este caminho, caberia então considerar que o usuário também é produtor do seu cuidado, e que neste processo todas as pessoas com quem constrói relações e os lugares por onde se desloca influenciam em suas vivências, e de cada vivência são elaborados significados.

Isto quer dizer que a produção do cuidado requer sempre um encontro entre os usuários, entre eles e outras organizações e deles com os profissionais de saúde, com o estabelecimento de relações ou não (FEUERWERKER, 2016).

Pensando nas diferentes expressões de existência dos usuários dos serviços de saúde, alguns grupos sociais podem apresentar contextos de vida e de saúde com particularidades que incidem sobre seus modos de fabricar cuidado, como ocorre com pessoas com sofrimento psíquico.

Estamos diante de um cenário no qual 29,2% (25,9–32,6%) da população adulta no mundo foi identificada com transtorno mental comum em algum momento de suas vidas (STEEL et al., 2014), revelando que o sofrimento psíquico se configura como um dos grandes problemas de saúde na atualidade, com consequências sociais, humanitárias e econômicas em todos os países do mundo.

Diversas são as definições e categorias que surgiram para qualificar o sofrimento mental, em diferentes momentos históricos. Na descrição de Jorge (2014), o transtorno mental é compreendido como resultado dos aspectos sociais, relacionais,

biológicos, culturais e da história do desenvolvimento dos indivíduos, sendo estes inter-relacionados e influenciados pelo contexto histórico.

Não se pretende desenvolver este estudo tendo como base as classificações biomédicas dos transtornos mentais, mas sim buscar entender o contexto e as vivências do sofrimento psíquico.

Partiremos, dessa forma, de um entendimento de sofrimento psíquico como conjunto de males que acometem os indivíduos de forma subjetiva e singular, sendo, de uma maneira geral, uma experiência negativa complexa, associada, geralmente, à dor e à infelicidade (SOUZA; PONTES; JORGE, 2018).

O que nos é central, portanto, não é o transtorno mental em específico, recortado ou denominado, mas compreender que estes sujeitos, apesar de experienciar o sofrimento, produzem o próprio cuidado.

Com o advento do movimento de Reforma Psiquiátrica que se colocou como proposta nos campos técnico, político, cultural, social e jurídico voltado para a transformação da relação entre a sociedade e os indivíduos portadores de transtorno mental e das práticas no cuidado (BELMONTE, 2014), alguns ganhos importantes na relação entre a sociedade e a loucura foram conquistados.

Um dos marcos legais trazidos pela Reforma Psiquiátrica foi a Lei n°.10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Amarante (2007) pontua que, embora o texto da lei aprovada não tenha assegurado algumas propostas do projeto original, esta normativa avançou como proposta de reformulação no modelo assistencial, sendo reconhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Desta normativa, destaca-se o Art. 2, inciso II, no qual consta que é direito da pessoa com transtorno mental “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

Avançamos em outros marcos legais que vêm buscando reformular o acesso de pessoas em sofrimento mental às ações de atenção às questões de saúde mental, como a inclusão do modelo assistencial integrativo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

A RAPS é constituída por sete componentes, sendo estes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência;

atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica (AB), dispõe de pontos de atenção à RAPS através de alguns serviços, sendo um deles os prestados na Unidade Básica de Saúde. A Unidade Básica de Saúde, segundo a portaria RAPS (BRASIL, 2011) é um serviço formado por equipe multiprofissional que, dentre outras responsabilidades, deve desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, além de ações de redução de danos e ofertar cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sendo a Rede Básica de Saúde integrante da RAPS, de forma a atender e acompanhar as questões relacionadas à saúde mental dos indivíduos, é que nos voltamos para seus usuários no desenvolvimento deste trabalho.

Nesta pesquisa, para que fosse possível alcançar a produção singular do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, nos lançamos ao encontro do usuário, e deste encontro, uma imersão sobre a vida e as conexões que estabelece, que vazam os limites dos serviços e se capilarizam no seu território existencial.

O território existencial se constitui como espaço de existências, isto é, “ambientes vivos, lugares em construção pelos sujeitos que o constituem, e como tal, só existem em relação” (SILVIA; MOEBUS; FERREIRA, 2016, p. 92). O território, nesta perspectiva, é entendido como lugar de existências, que se formam e se reformulam constantemente, no encontro com o outro.

A partir dos territórios existenciais, buscaremos alcançar aquilo que por vezes se torna invisível aos fazeres do cotidiano dos serviços de saúde.

Tentamos nos aproximar de como têm se fabricado o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, na tentativa de superar um olhar fragmentado sobre estes sujeitos e aproximar-se de seus modos de existir que muito tem a nos ensinar.

Acreditamos que ao adentrar o território de existências, conseguimos mergulhar em um universo desconhecido de multiplicidades, permitindo conhecer o campo do cuidado singular desses sujeitos e suas “*possibilidades (n) existenciais, como redes vivas em produção*” (MERHY et al., 2016, p. 32).

Merhy (2016) coloca que no mundo da rede de cuidados há forte ideia de centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro, o usuário, como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos. O olhar para o outro é sempre previsível, já se antevê o que pode ser encontrado em função de uma lógica

burocrática organizacional, que apaga toda a multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que formam os sujeitos sociais.

Quando tomados como “redes de existências”, os usuários se constituem de formas éticas existenciais e certos modos de se conduzir, ao mesmo tempo que recebem interferências de outras lógicas de existir que lhe são impostas pelas instituições (MERHY et al., 2014).

Portanto, as redes vivas somente são construídas quando pensadas no território de existência dos usuários, em suas vivências singulares, nos seus modos de se relacionar, de circular nos espaços que fazem sentido para suas necessidades, percorrendo caminhos que lhe auxiliem no seu processo individual de manutenção da vida.

Superar a condição do olhar simplificado e mecanizado sobre estes usuários é apropriar-se da compreensão de que estes são produtores de existências e que constroem suas próprias redes de conexões (MERHY, 2014).

Estas redes se configuram como mapas de suas formas de existências; um campo de sentido singular das relações e de encontros com os outros. Nestas redes de conexões estão pessoas, serviços, estabelecimentos, entre outras possibilidades de encontros, que podem construir sua rede de apoio (MERHY; SILVA; MOEBUS, 2016).

Com estes referenciais, seguimos com a pesquisa de forma a contribuir para o debate sobre o tema do cuidado com pessoas em sofrimento psíquico, quando pensado sob a ótica dos territórios existenciais em que habitam os usuários.

Esta construção de trabalho de pesquisa se fortaleceu na oportunidade em dar voz a quem, por vezes, é visto no lugar de passividade do ato do cuidado.

Buscou-se, em essência, conhecer o cuidado produzido por aqueles que portam alguma manifestação de sofrimento psíquico, e as interferências postas em sua caminhada de cuidado e de vida.

A tentativa formulada foi a de descobrir o que está fora do muro dos serviços e dentro da vida real, das experimentações em torno da produção relacional do cuidado, que se forma por entre encontros e aproximação das redes de conexões existenciais e tantas outras possibilidades de imersão, de um conhecimento advindo

da multiplicidade que existe nestes indivíduos quando os tomamos como usuários-guias³ (MERHY; SILVA; MOEBUS, 2016).

Disposto como um quebra-cabeça que apenas revela seu formato quando encaixadas suas peças, o conteúdo deste trabalho foi estruturado em subdivisões dispostas como Parte I (Historicidades, Contextos e Conceitos), Parte II (Método), Parte III (Devir Cartográfico), Parte IV (Descobertas e Acontecimentos) e Parte V (Reflexões e Proposições), nas quais estão contidas ideias, os achados e as proposições advindas deste estudo, que ao se conectarem umas com as outras, desvelam o corpo (e a alma) das andarilhagens da cartografia.

No que diz respeito aos resultados encontrados, não foi pretendido generalizar os achados desta pesquisa, já que reconhecemos que os critérios definidos delimitam um dado perfil de participante, recortando uma certa realidade e suas experimentações. As experiências que foram compartilhadas são fruto de uma singularidade e que não se replicam igualmente com outras pessoas, em outros lugares.

O desafio foi o de andarilhar pelo desconhecido e se abrir aos acontecimentos, em ato, que surgiram pelos encontros, com vistas a uma construção de saberes nômades (LIMA; MERHY, 2016) formulados nos deslocamentos pelo mundo do outro.

Com a oportunidade de dar visibilidade à existência do outro, com o outro, fomos canal para o reconhecimento das potencialidades dos modos de viver e os sentidos do cuidado com o outro, que ao serem partilhados, abriram caminhos para se propor novos olhares alternativos aos parâmetros das ciências normativas vigentes e reflexões e apostas para que se impulsionem atos produtores de cuidado fabricados além dos fluxos instituídos e mais conectados às experimentações da vida.

³ O conceito de usuário-guia será apresentado no capítulo que trata da metodologia.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a produção do cuidado com pessoa em sofrimento psíquico a partir da Rede Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Cartografar espaços, sujeitos e movimentos que compõem a rede de conexão existencial de pessoas em sofrimento psíquico;

Compreender como a rede de conexões e as experiências de vida destes usuários compõem a produção do cuidado.

4 PARTE I - HISTORICIDADES, CONTEXTOS E CONCEITOS

Iniciada a dissertação pelo resgate dos principais temas e o referencial teórico de base da pesquisa. Nesta parte, investiu-se em uma revisão bibliográfica acerca dos marcos históricos e as discussões conceituais que estão intimamente relacionadas com nosso objeto de pesquisa.

Aqui seguiram as revisões e explanações em torno do cuidado, da saúde mental e do território existencial.

4.1 QUE PRÁTICAS DE SAÚDE TEMOS FORMULADO NOS SERVIÇOS? O CUIDADO COMO DIREÇÃO PARA NOVOS AGIRES COM OS USUÁRIOS

Como resultado das mobilizações populares pelo restabelecimento de nossa democracia, materializada na promulgação, em 1988, da Constituição Federal, a saúde foi reconhecida como direito social. A saúde, como consta na Lei Orgânica da Seguridade Social - LOSS, no seu *título II, Da Saúde*, em seu art.2º, é conceituada como

Um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1991).

Enquanto política, tivemos com a regulamentação do SUS (BRASIL, 1990), a organização de um sistema de saúde no qual estão descritos a concepção de saúde que ampara todas as ações e serviços, as responsabilidades e competências de quem provê-los, os objetivos e diretrizes que apontaram para uma nova compreensão e organização da atenção à saúde.

Entretanto, mesmo diante dos avanços no âmbito legal e no plano da organização do sistema, basta acompanhar o cotidiano de um serviço de saúde no Brasil para se deparar com uma infinidade de obstáculos que se colocam para os usuários, que vão desde uma porta de entrada pouco acolhedora e predominantemente burocratizada à ausência de diálogo e bom relacionamento entre os usuários, profissionais e gestores.

Seguimos com transformações no plano organizacional do sistema, mas pouco se avançou com as práticas de saúde, quando voltadas para efetivamente acolher as necessidades de vida dos usuários. A isto pode-se atribuir, dentre outras questões, ao modelo tecnoassistencial que se tem privilegiado no mundo do trabalho em saúde.

Segundo Franco (2003), os modelos tecnoassistenciais resultam de múltiplas determinações que podem apresentar-se de diversas formas, em diferentes lugares. Aponta que Merhy (apud SILVA JR., 1998), os define como a organização da produção de serviços a partir da composição de determinados saberes e de projetos de construção de ações sociais específicas. Com isso entende-se que os modelos assistenciais se apoiam ao mesmo tempo em dimensões assistenciais e tecnológicas, que expressam um determinado projeto político.

Verifica-se, desta forma, que no trabalho em saúde há o emprego de tecnologias associadas à produção de atos de em saúde. Estas tecnologias são classificadas em três tipos: as tecnologias duras, que se utilizam de máquinas e instrumentos; as tecnologias leve-duras, que se compõe também de conhecimento técnico estruturado, e as tecnologias leves que tem sua existência oriunda de um ato relacional entre trabalhador e usuário, representadas pelas tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2013; MERHY, 1997).

Diante da forte influência do modelo biomédico⁴, que ditou a maneira de pensar e atuar em saúde, repercutindo no desenvolvimento dos processos de trabalho com predomínio da competência da intervenção científica sobre o corpo, da excelência da prática clínica e da autossuficiência do saber profissional (MERHY; FRANCO, 2013), historicamente tem se privilegiado práticas profissionais centradas na operacionalização de tecnologias duras e leve-duras. As práticas centradas nestes arranjos tecnológicos entram em conformidade com o modo de acumulação capitalista, ao excederem no consumo de maquinários e uso de procedimentos, distanciando-se da realidade, das escolhas e vivências dos sujeitos nos seus modos de produzir a vida.

⁴ Sua origem é vinculada à elaboração de um relatório de avaliação das escolas médicas dos Estados Unidos da América pelo médico americano Abraham Flexner, em 1910. Desta avaliação, criaram-se as bases para a reestruturação da educação médica nos Estados Unidos, orientada pela pesquisa biológica e fundamentada por paradigmas científicos, que conduziram a uma clínica centrada no corpo anátomo-fisiológico e às práticas curativistas (MERHY; FRANCO; 2013).

Diante das mudanças pouco efetivas nos processos de trabalho em saúde, tem se colocado cada vez mais indispensável repensar não apenas os modos de atuar em saúde sob os aspectos macropolíticos, mas principalmente estar atento ao que se produz no campo micropolítico.

Compreendemos o campo micropolítico, ao resgatar Feuerwerker (2014), como aquele onde são efetuados processos de subjetivações a partir das relações, sendo na saúde estas relações produzidas em ato⁵.

Com relação às práticas de saúde, descreve:

[...] como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho, porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é historicamente construída (FEUERWERKER, 2014, p.37).

Nos atos produtivos de saúde, ainda que sob forte influência do modelo biomédico hegemônico, como dito anteriormente, é o trabalhador que tem o poder de escolha sobre qual tecnologia empregar no seu processo micropolítico de trabalho, em ato. Logo, há uma intencionalidade de escolhas por parte dos trabalhadores, que no cotidiano dos serviços de saúde, ao se depararem com os problemas apresentados pelos usuários, vão elaborar respostas e empregar as tecnologias que avaliam dar solução ao problema apresentado.

Estas escolhas podem produzir atos que reproduzem uma lógica de fazer saúde tecnicista e distante dos interesses dos usuários ou atos que implicam em cuidado. Com isso, temos que tornar claro qual referencial de cuidado nos apoiamos.

No processo de produção da saúde, consideramos o cuidado como importante marcador para observar como são desenvolvidas as ações e práticas nos serviços de saúde. Revela também sua importância quando nos aproximamos do cotidiano dos serviços e buscamos compreender de que forma se estabelecem as relações entre todos aqueles que integram estes espaços (gestores, profissionais, usuários).

⁵ É importante colocar que para discutir o processo de trabalho em saúde, pela perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde, dois conceitos são fundamentais: o trabalho vivo, que se refere ao trabalho em ato, e trabalho morto, que são todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e que é utilizado pelo homem para realizar determinado trabalho (MALTA; MERHY, 2003).

O cuidado é conceito de múltiplos sentidos, podendo trazê-lo tanto nas discussões em torno da saúde como nas reflexões sobre a produção de vida.

Pinheiro (2009), discorre que o cuidado é o 'modo de fazer na vida cotidiana', caracterizando-se por condutas como 'atenção' e 'responsabilidade', que estabelecemos com pessoas ou coisas.

O cuidado, ao se inscrever na vida cotidiana, consiste em um modo de agir resultante da vivência em determinado modo de vida que se formula pela combinação de aspectos políticos, sociais, culturais e históricos. Este modo de agir é então traduzido em ações, em práticas do cuidar, o cuidado como ato voltado para o outro.

O cuidado, dessa forma, não existe sozinho. Sua essência está na presença do outro, na interação, no agir com o outro. Cuidar pressupõe implicação e envolvimento com o outro, compreendendo, dentre outras coisas, escuta, acolhimento e respeito pela história de vida e pelo sofrimento do sujeito (VALLA et al., 2006).

O Cuidar, concebido nos diferentes modos de existência, diz respeito à solidariedade, ao suporte, ao apoio, à produção de vida (FEUERWERKER, 2016).

Perante as problemáticas da realidade social, que ganham forma nas expressões das múltiplas violências, na precarização das condições de vida, nas fragilidades nas relações socioafetivas, entre outras questões da vida, o cuidar dos sujeitos se direciona a ajudá-los no alívio do sofrimento adquirido, dando-lhes o apoio necessário para que possam superar as dificuldades do cotidiano (LACERDA et al., 2009).

Se a saúde é um tema da vida, o cuidar também a compreende. Ambos são expressões de nossas vivências, daquilo que experimentamos no mundo, de como nos relacionamos uns com os outros e com o meio que vivemos. O cuidar da saúde, nesse caminho, é integrante da vida, "tema de todos os viventes" (FEUERWERKER, 2016, p.35), não exclusivo dos profissionais de saúde.

Com relação à produção do cuidado dentro dos serviços de saúde, Ayres (2004), o analisa a partir de duas categorias, a crítica e a analítica.

Na crítica, compreende-se que, ao mesmo tempo em que se verificam avanços tecnológicos, no diagnóstico, percebe-se, entre outros problemas, uma incapacidade das ações de assistência à saúde em se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas. Nem tudo o que é relevante para promover o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado tecnicamente, visto que, na relação do

profissional com o indivíduo portador de uma demanda de saúde, este último pode se reduzir apenas a “objeto de conhecimento e intervenção” (AYRES, 2004, p. 84).

Sob a ótica da categoria reconstrutiva, o cuidado é fundamentado na existência de uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade do diálogo entre a tecnociência médica e a construção, com liberdade e solidariedade, de uma vida em que impere o desejo de ser feliz, e isto considera cuidado.

Caminhando ainda pelos diferentes sentidos do cuidado, Zoboli (2009) afirma que o cuidado, quando exerce uma atitude de aproximação, de encontro com o outro, de sensibilidade com a realidade do outro e respeito às diferenças e singularidades de existência dos sujeitos, este assumiria uma proposta ética, superando o ato isolado de assistência ou atenção em saúde.

No cuidado em saúde todos profissionais, gestores, usuários, familiares são participantes ativos desta produção, o que faz destes encontros momentos de tensionamentos e expressões de interesses singulares e coletivos.

O cuidado em saúde que ocorre nos serviços de saúde, nas interseções de usuários-trabalhadores, é resultado das escolhas, das expectativas e dos saberes de todas as partes envolvidas neste processo.

E neste processo, o usuário muitas vezes não têm seus saberes considerados, sendo diminuída sua autonomia frente a autoridade que comumente os profissionais exercem para tomarem decisões que avaliam atender às demandas dos usuários e assim ofertarem o que avaliam ser “cuidado”, quando na verdade não há.

O cuidado está intimamente ligado às condutas e intencionalidades que se apresentam na interação entre os sujeitos, e isso só se faz mediante encontros entre eles. Portanto, como defendido por Feuerwerker (2016), admitimos que a produção do cuidado implica sempre em encontro entre sujeitos.

E ao reconhecer que a produção de cuidado implica sempre em encontro entre sujeitos, concordamos com as proposições de Merhy e Franco (2013), no que elaboraram acerca da micropolítica do trabalho vivo em saúde.

Conforme Merhy (2013), a micropolítica do trabalho é o território dos encontros dos sujeitos, em que um age sobre o outro, no campo das práticas de saúde. O cuidado, por sua vez, seria produzido pelo protagonismo dos sujeitos, quando estes, profissionais dos serviços e usuários, se encontram no agir cotidiano,

no ato dos trabalhadores de saúde ao empregar tecnologias para intervir sobre o outro.

A produção do cuidado que ocorre no âmbito da micropolítica, em ato, através do encontro entre trabalhadores e usuários, parte então do reconhecimento das singularidades que se inserem nesta produção, no modo como cada trabalhador opera seu agir cotidiano (FRANCO; MERHY, 2013).

Indo além, o cuidado que se dá com os encontros, também é produzido pelos usuários, uma vez que estes, do mesmo modo que os trabalhadores, interagem neste processo com suas subjetividades, se afetam e são afetados pelas relações que ali se constroem.

Se tomamos o cuidado em saúde por aquele que é produzido no encontro, no campo micropolítico, importa valorizar os saberes de todos os atores sociais envolvidos e reconhecer que há uma subjetividade integrante neste processo.

Nesta subjetividade estão embutidos sentidos, valores, percepções dos indivíduos sobre a vida, saúde e tudo que o cerca e que vão estar presentes no ato do cuidado entre os trabalhadores com os usuários, nos encontros que ocorrem nos espaços de saúde.

Todavia, não é incomum em um atendimento no serviço de saúde, a exemplo de uma consulta médica, o profissional submeter o usuário a um atendimento de cunho estritamente técnico, interrompendo-o quando sua fala foge à conduta da avaliação, ou ainda não permitindo abertura para escuta de outros anseios ou desejos que o usuário possa querer compartilhar.

Merhy (2013) descreve que este encontro entre usuários-trabalhadores é marcante pela distinção entre estes atores envolvidos

[...] as imagens que cada um produz são distintas: o trabalhador coloca-se do lugar de quem vai cuidar, por ter um conjunto de saberes e técnicas, sendo o efetivo promotor de que com isso vai resolver o problema do outro; o usuário coloca-se no lugar do objeto da ação do outro, porém supõe que isso vai dar conta de sua demanda, que no fundo carrega o pedido de ver garantido a recuperação do “seu modo de caminhar a vida”, dentro do que deseja e representa como tal (p.142).

Quando toma para si a centralidade do saber, projetando ações que não se direcionam para os reais interesses dos usuários, o trabalhador pode não contribuir para uma maior autonomia destes sujeitos. Segue por uma lógica que não respeita

seus modos de se conduzir na vida, decidindo por eles ao invés de torná-los protagonistas do processo de decisão sobre seu cuidado.

Nas constantes mudanças que ocorrem no mundo de produção da saúde, cada vez mais são analisados os modos de trabalho em saúde, os saberes que estão contidos, as tecnologias e assistência/abordagens empregadas. Contudo, pouco se investe em conhecer como estão sendo construídas as relações, o quanto que os usuários, ainda que estejam inseridos em um serviço, se sentem desamparados, desrespeitados e infelizes diante dos atos de saúde dos trabalhadores que incidem sobre eles.

Mas afinal, que cuidado (será cuidado?) tem sido produzido nos serviços de saúde e na vida das pessoas?

4.2 DO TRATO DA LOUCURA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - BREVE HISTÓRICO DAS TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NAS CONCEPÇÕES E NAS PRÁTICAS DIRECIONADAS ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Tantos sentidos já foram atribuídos e tantas formas de intervir sobre as pessoas em sofrimento psíquico se expressaram em diferentes épocas e sociedades, demonstrando que as discussões em torno do agir com o “louco”⁶ não é recente, muito menos é campo de consenso.

Se hoje englobamos a saúde mental como campo dotado de pluralidades, intersetorialidades e transversalidades de saberes (AMARANTE, 2007), é porque este tem se integrado aos processos de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais que impactam, inevitavelmente, nas questões que cercam as vivências do sofrimento mental de indivíduos e coletividades.

Neste sentido, compreendemos a saúde mental como campo ativo de reflexões sobre o lugar do sujeito com sofrimento mental e como as instituições e os profissionais podem contribuir para um agir em saúde voltado para um efetivo cuidado desses indivíduos e das coletividades.

⁶ Adotamos a expressão louco aqui entre aspas como forma de reforçar nossa defesa pela superação do estigma e adoção da concepção do sofrimento mental, daquilo que é experienciado pelos sujeitos.

Do louco à pessoa em sofrimento psíquico, da assistência médica psiquiátrica à atenção psicossocial, que concepções e modelagens do velho e do novo foram direcionadas para estes sujeitos?

Apresentaremos um breve resgate da trajetória histórica do que consideramos importante com relação às percepções que surgiram a respeito dos sujeitos em sofrimento psíquico e as práticas de saúde empregadas.

4.2.1 As instituições psiquiátricas e a psiquiatria

O surgimento do modelo psiquiátrico clássico, que se refere ao nascimento da psiquiatria e das práticas médicas que passaram a incidir sobre a loucura, ocorreu na passagem da Idade Média para a Idade Clássica.

Foucault (1978), ao se debruçar sobre as condições que levaram à construção do saber e da prática sobre a loucura, narra uma representação da loucura na Idade Clássica que deriva de uma concepção de louco como aquele que detém uma existência errante. O incômodo com a figura do louco era tamanho que, se não recolhidos e isolados da sociedade, estes eram expulsos das cidades da Europa através de naus (navios) sob o encargo de marinheiros.

A partir do século XV, como descreve Foucault (1978), a loucura passou a ser concebida como a substituição da morte, que reduzia o homem a nada e que este nada era sua própria existência. A loucura estava ligada ao homem e suas fraquezas, seus sonhos e ilusões.

Amarante (1995), utilizando-se da obra de Michel Foucault, refere que na modernidade a interpretação sobre a loucura modificou-se de forma que houve uma separação entre razão e loucura, vista na

[...] passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo da diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco (p. 23).

Atrelado ao surgimento de uma consciência crítica da loucura, os internamentos dos loucos configuram marca importante do período clássico sobre a experiência da loucura. As práticas do enclausuramento ganharam expansão no

século XVII, tendo um marco importante neste período a fundação do Hospital Geral, na Paris de 1656.

Os loucos, no período da Idade Clássica, eram colocados nos “hospitais gerais” que foram construídos, e nas Santas Casas da Misericórdia, que assumiam uma função de hospedaria para abrigar também outros grupos marginalizados socialmente (leprosos, prostitutas, ladrões). Este internamento não possuía características de medicalização; a loucura não assumia lugar da patologia, mas de figura da desrazão (AMARANTE, 1995).

O Hospital Geral, segundo a revisão de Foucault (1978), tinha seu funcionamento enquanto uma instância de ordem, em nada se assemelhando a um espaço de condutas médicas. Era um espaço semi-jurídico de exercício do poder do rei, um poder de repressão. Dali alojaram-se todos os pobres, miseráveis e vagabundos que foram por vontade própria, ou obrigados pelas autoridades do rei ou judiciária.

A vigilância social extramuros do hospital, para observar a conduta e a ordem daqueles que não puderam ser inseridos na instituição, cabia aos diretores do hospital, que, nomeados para a função, exerciam diversos poderes (autoridade, direção, administração, entre outros) em toda cidade de Paris.

Os hospitais cumpriam então muito mais que uma função de isolamento de determinados segmentos da sociedade. Carregavam consigo muito dos valores da era clássica, moralizavam as condutas das pessoas e faziam da loucura um caso de polícia. O internamento não vislumbrava a busca de uma cura para a loucura, mas a manutenção de uma ordem social e dos valores que a cercavam.

Neste caminho, no século XVII o Hospital Geral cumpria a função, além do controle da mendicância, de remoção da ociosidade. O papel da instituição, dito por Gomes (2018), era limpar as cidades dos sujeitos considerados marginalizados e ocupar os ociosos pelo trabalho forçado. A ociosidade e o trabalho, dessa forma, se constituíram bases para a fundação do internamento.

Esta prática social de captura dos socialmente indesejáveis, do emprego de uma moralidade punitiva contra os pobres, mantida por uma ordem social que lidava com a loucura sob uma lógica de institucionalização filantrópica-corretiva, foi afetada com o advento da Revolução Francesa, no final do século XVIII. Era o princípio de um momento histórico que mudou a estrutura social, destituindo a soberania monárquica e inscrevendo uma nova ordem pautada na defesa dos valores da liberdade,

igualdade e fraternidade que, até certo ponto, foram empregados neste novo formato de vida em sociedade.

Mas, assim como em outros tempos, a figura do louco se colocava novamente como um problema social, já que as práticas antes estabelecidas não mais se sustentavam no novo sistema que surgia.

À luz dos ideais iluministas trazidos pela Revolução Francesa, as práticas direcionadas à loucura precisavam se adequar à nova ordem. Contudo, o que se observou não foram as mudanças nas práticas, mas sim nos princípios que as legitimavam (GOMES, 2018).

É neste período que nasce a psiquiatria, conforme resgata Amarante (1995), em meio à ordem social em que a desrazão foi sendo substituída pela caracterização do louco como doente. Sucumbiu o entendimento da loucura como natureza da diferença, dando espaço para a instituição da doença mental, da institucionalização da loucura e da apropriação do espaço hospitalar pelo saber e práticas da medicina.

A psiquiatria surge pelas mãos do médico clínico francês Philippe Pinel, que teve como primeiro ato de seu legado a separação dos loucos dos demais desajustados, que anteriormente dividiam o mesmo espaço nas instituições-hospedarias. Foram libertados os internos que estavam em razão de determinação da autoridade monárquica, sendo direcionados para outras modalidades de instituições assistenciais que surgiram, passando o hospital a exercer a função de tratamento dos enfermos (AMARANTE, 2007).

A partir daquele momento histórico, a visão médica sobre a loucura passa a ser hegemônica, e o louco torna-se objeto de cuidados centrados na medicina, transformando-se, assim, em doente mental. É a partir desse novo espaço social, o asilo psiquiátrico, e do ato de isolamento dessa população diferenciada, que os médicos começam a construir detalhadamente novas entidades nosológicas, novas patologias, com seus diferentes sintomas e quadros (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.42).

A instituição psiquiátrica e a psiquiatria como especialidade da prática médica ganharam aceitação no novo ordenamento e condições para que se desenvolvessem. Para o louco, coube a caracterização como “personagem representante de risco e periculosidade social” (AMARANTE, 1995, p. 24).

Sobre os hospitais psiquiátricos, Goffman (2015) retrata de maneira minuciosa suas impressões sobre esta nova modalidade de internamento, integrando-a ao conjunto do que chamou de “instituições totais”.

Uma instituição total pode ser definida como local onde indivíduos coabitam em situação semelhante e são separados da sociedade. Dito nas palavras do autor “seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico” (GOFFMAN, 2015, p.16).

Os hospitais psiquiátricos são, portanto, considerados uma instituição total, assim como outras instituições⁷. Estes assumem o lugar de segregação dos indivíduos e os coloca sob a condição de tutela e controle sobre seus pensamentos, suas ações e privação de sua liberdade.

Neste ambiente, o doente mental assume condição de paciente que percorre uma “carreira moral”, isto é, uma trajetória que o coloca na posição da pessoa que perde o controle de si mesmo e da vida, uma figura desequilibrada, perturbada, daquele que fracassou diante da sociedade.

Uma vez que o paciente comece a “aceitar” sua nova posição, as linhas básicas de seu destino começam a seguir as de toda uma classe de estabelecimentos segregados [...] nos quais o internado passa toda a vida no local, e vive disciplinadamente a rotina diária, na companhia de um grupo de pessoas que têm o mesmo *status* institucional (GOFFMAN, 2015, p.126).

Este modelo pineliano ou o modelo clássico da psiquiatria permitiu ao hospital tornar-se campo de pesquisa e experimentação da medicina, fazendo dos corpos dos ditos doentes mentais objeto para construção de um saber que se pautava nas ciências naturais.

Amarante (2007) chamou de processo de medicalização do hospital o momento onde o hospital, ao mesmo tempo em que se tornou a principal instituição médica, fez da medicina um saber e uma prática atribuídos ao ambiente hospitalar. E neste caminho, o hospital foi convertido em um espaço de testagem, de tratamento das doenças e de produção e reprodução do saber médico.

⁷ Goffman (2015) agrupou as instituições totais em cinco classes enumeradas. As que estão em segundo lugar são as estabelecidas para cuidar das pessoas incapazes de cuidar de si ou que supostamente possam ser uma ameaça, mesmo que de forma não-intencional. Descreveu neste grupo os sanatórios para tuberculosos e hospitais para doentes mentais e leprosários.

Os sujeitos em sofrimento foram enquadrados em categorias de doenças e submetidos ao emprego de uma terapêutica que disciplinava os corpos pelo modelo biomédico - centrado na doença e não nos sujeitos - da medicina ocidental, já difundido em outras práticas de saúde.

Pinel desenvolveu e empregou uma tecnologia de saber e práticas sobre a loucura e o hospital, que formaram as bases para fundar a psiquiatria e o hospital psiquiátrico, foi influenciado pelos pensamentos filosóficos que acreditavam no conhecimento dos fenômenos da realidade advindo da ciência.

Assim inscreveu uma modalidade de tratamento para a loucura pela prática do isolamento e da terapêutica fundamentada no “tratamento moral”, que juntas, levaria à libertação (cura) da alienação, entendida como distúrbio das paixões, dos desejos que não deixavam os indivíduos perceberem a realidade.

O alienismo foi difundido para o mundo como modelo que criou espaço para o trato específico da loucura, que durante muito tempo foi validado como conhecimento e prática socialmente aceita.

No Brasil, um marco do alienismo (séc. XIX), foi a criação do primeiro hospital para loucos, o Hospício Pedro II, na capital federal, instituição que até a Proclamação da República (1889) tinha como marca a presença da ordem religiosa, para depois ser assumida pelo domínio médico (SCHECHTMAN; DOMINGOS, 2014). O manicômio, para Gomes (2018), foi o marco na aliança da psiquiatria com o poder público para o projeto de controle social que seria desenvolvido no país no período pós-Proclamação.

Em um contexto de crescente urbanização acompanhada das deteriorações nas condições de vida e saúde da população, o Brasil transitou do modelo psiquiátrico empírico, cujas instituições eram asilos resguardados pela Igreja, para a psiquiatria “científica”, cuja adequação ao novo formato de trato da loucura se deu pela introdução do trabalho como método terapêutico, a partir da construção de hospitais-colônias.

Segundo Resende (2000), a aceitação política e ideológica do hospital-colônia ocorreu na medida que este modelo de atenção aos ditos alienados atendia às necessidades do embrionário sistema capitalista que surgia, e era favorecido pela vocação da sociedade à atividade agrária. As colônias se integraram à rede de serviços dos estados brasileiros, em alguns casos complementando os hospitais já existentes ou como única opção de serviço.

Mas o modelo psiquiátrico clássico e a psiquiatria não escaparam às críticas e a urgência na reformulação das concepções e nas intervenções em torno do sofrimento mental, imprimindo experiências de reformas que repercutiram em diferentes países do mundo, principalmente da Europa, e também no Brasil.

4.2.2 Os antecedentes e os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No período pós Segunda Guerra Mundial, já sob o contexto da contemporaneidade, despontaram as primeiras críticas ao então modelo fechado de instituição asilar e das práticas que eram exercidas com pessoas em sofrimento mental. As sociedades democráticas se viram obrigadas a repensar suas práticas com pessoas que eram confinadas em instituições, uma vez que após as guerras impunha-se o respeito aos direitos humanos (SCHECHTMAN; DOMINGOS, 2014).

[...] a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência da dignidade humana! (AMARANTE, 2004, p.40).

Robaina (2018) recupera que o advento da II Guerra Mundial foi cenário propício para as reformulações na atenção, ao que nomeavam, de doença mental, devido ao grande contingente de homens mortos ou incapacitados, que acarretaram em uma escassez na força de trabalho obra ativa, o que levou ao questionamento do papel do asilo e dos seus métodos, que poderiam levar à deterioração do louco, ou seja, a “perda” de mão de obra para o trabalho. Era preciso modificar a função social do hospício, reestruturar o manicômio, humanizá-lo, reabilitar as pessoas para devolvê-las para a sociedade como sujeitos capazes de produzir.

Outras críticas, como descreve Amarante (2007), seguiram em relação às superlotações destes espaços, à manutenção ainda de um modelo de segregação dos sujeitos marginalizados da sociedade, além das denúncias de violência perpetradas contra os sujeitos internados, descredibilizando a função do hospital psiquiátrico e o próprio papel da psiquiatria.

Assim, buscou-se amenizar a anterior identificação do hospital-asilo como lugar do sujeito disfuncional que era ali tratado para ser livre, através da implantação do modelo das colônias. As colônias surgiram como uma das primeiras iniciativas de

resgate do propósito terapêutico da instituição psiquiátrica, as chamadas ‘colônias dos alienados’.

Nestas colônias, o trabalho era incluído como atividade terapêutica, que propunha uma aproximação das pessoas em sofrimento psíquico com a comunidade. Entretanto, este modelo apenas ocultava a permanência do caráter segregador dos sujeitos indesejáveis à sociedade, mantendo-se igual aos asilos tradicionais, agora sob o prisma da recuperação pelo trabalho (AMARANTE, 2007; ROBAINA, 2018).

Enquanto propostas de reformas, surgiram diversas experiências pelo mundo das quais algumas foram reconhecidas e empregadas, de maneira que são influentes até hoje no campo da saúde mental.

Destacaram-se as experiências da Comunidade Terapêutica (Inglaterra), Psicoterapia Institucional (França), apreendidas por Amarante (2007) como grupo de reformas cujo princípio era o da reformulação da instituição, já que identificavam que o problema da instituição era a gestão do hospital. Já com a Psiquiatria de Setor e à Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária (Estados Unidos) acreditava-se que o modelo hospitalar deveria ser substituído por serviços assistenciais para um cuidado terapêutico. Por fim tivemos a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália), que propunham ao invés de reformas, a ruptura com o modelo científico da psiquiatria e todas as instituições assistenciais que conformavam este modelo⁸.

Destacamos aqui a Psiquiatria Democrática do psiquiatra Franco Basaglia, que não se resumiu ao ato de fechamento do hospital psiquiátrico em Trieste, na Itália. Seus questionamentos com relação ao modelo vigente apontaram não apenas para críticas em relação ao saber e práticas da psiquiatria, mas para a própria ideologia que os sustentava e os mecanismos sócio-político-jurídicos que os mantinham, sendo fonte de inspiração para o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Com Basaglia formulou-se a ideia do questionamento da lógica e organização manicomial, para ele entendida muito além da estrutura física do hospício, mas que incorporava o “conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2007, p. 56).

⁸ Em Amarante (1995; 2007) constam descrições e análises detalhadas de todas estas experiências históricas que propuseram novas modalidades de atenção ao sofrimento psíquico.

Buscou-se um modelo em que a pessoa em sofrimento psíquico se integrasse à sociedade, articulando diversos atores sociais implicados no fim do manicômio para a implantação de serviços e dispositivos substitutivos para o então modelo hegemônico psiquiátrico, voltados para modificar as relações com estes sujeitos e os modos de cuidar.

No Brasil, o início do processo de Reforma Psiquiátrica caminhou com o “movimento sanitário”, que na década de 1970, que propôs a mudança nos modelos de atenção e nas práticas de saúde, com ampla participação dos movimentos sociais urbanos, dos profissionais da saúde e partidos políticos de oposição pela redemocratização do país e defesa uma política de saúde sob responsabilidade do Estado e a saúde reconhecida como direito universal.

Schechtman e Alves (2014) discorrem sobre o contexto brasileiro de oferta de tratamento pelo Estado para pessoas com sofrimento psíquico. Até o final da década 1970 havia um predomínio da assistência médica hospitalar com práticas de laborterapia, eletrochoques e psicofármacos nas unidades hospitalares públicas e instituições particulares e filantrópicas contratadas pelo setor público, com financiamento dos recursos provenientes dos segurados da Previdência Social.

Como alternativa à internação psiquiátrica, existiram os Postos de Assistência Médica, os PAMs, não disponíveis em todas cidades, e que atendiam apenas pessoas seguradas pela Previdência Social.

Este foi um traço marcante da política de saúde no país na época, já que a assistência médica era garantida apenas para aqueles que trabalhavam com carteira assinada e, portanto, contribuía para o sistema previdenciário.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), nos anos de 1960 e 1970, a atenção psiquiátrica cresceu com o aumento dos leitos psiquiátricos pelo setor privado, complementando o aparato da rede pública (ROBAINA, 2018). Um modelo de assistência psiquiátrica que, no fim dos anos 1980, tornou-se insustentável, pois as altas taxas de internação e a longa permanência das pessoas nos hospitais, tornavam-no dispendioso aos cofres públicos e que ofertavam um cuidado inadequado (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Em um cenário global de crise do modelo assistencial calcado no asilamento no hospital psiquiátrico, a Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu próprio percurso, representando

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Tenório (2002) descreve este movimento iniciado na década de 1970 como um reclame pelo direito de cidadania do louco, em que a cidadania se firmou como o valor que fundou e organizou o movimento, marcando-o “sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (p. 28).

Dentre todas as entidades, instituições e militâncias envolvidas, destacaram-se, no início deste processo de formulação da política de saúde mental no país, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e suas diversas expressões, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria de fármacos, as mobilizações oriundas das universidades e dos órgãos representativos do Estado, o Ministério da Saúde (MS) e o então denominado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Destacamos o surgimento do MTSM, formado por profissionais de diferentes unidades e entidades que se organizaram em um coletivo de militância apartidário e não-institucional e tinha como objetivo ser um espaço de luta de forma a debater e elaborar proposições para a transformação da assistência psiquiátrica. Com o MTSM foram denunciadas a escassez de recursos das unidades psiquiátricas, a precarização das condições de trabalho, e como isso refletia na assistência prestada à população (AMARANTE, 1995).

Um importante evento que contribuiu com o movimento de Reforma foi a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, conhecido como “Congresso de Abertura”, que assim foi denominado por permitir os movimentos em saúde mental se aproximarem dos setores mais conservadores da psiquiatria nacional e oportunizar a reunião dos diversos movimentos progressistas existentes no país (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995) também resgatou, da trajetória do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental

em 1979, que vislumbrava um sistema de saúde vinculado à luta de outros setores sociais pela democracia, fortalecimento dos sindicatos e movimentos sociais. Neste Congresso se destacou a crítica ao modelo de asilamento dos grandes hospitais psiquiátricos do setor público.

Em 1980 teve o I Encontro Regional do Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido no Rio de Janeiro, em que a tônica foram as discussões sobre os problemas sociais relacionados ao sofrimento mental, a própria política de saúde mental, condições de trabalho entre outros aspectos inerentes. No mesmo ano ocorreu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, sendo manifestada, dentre outras preocupações, a garantia dos direitos dos pacientes levantadas pelos grupos defensores dos direitos humanos.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁹, também se destacou pelas recomendações que se pautaram no combate à psiquiatrização e na democratização das unidades e instituições de saúde; na identificação da necessidade da participação popular na construção e decisão sobre as políticas de saúde mental; na superação do modelo hospitalocêntrico através do investimento nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais.

A noção da desinstitucionalização foi uma bandeira de luta importante erguida no final da década de 1980. Ocorreram eventos importantes neste aspecto, como o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental ou, como ficou conhecido, o “Congresso de Bauru”, trazendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, revelando a urgência em romper com a estrutura e ideologia do sistema asilar.

No mesmo período, houve a implantação da primeira experiência de assistência fora do ambiente hospitalar, através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo. Surgia assim uma alternativa ao modelo centrado no hospital que veio para inspirar uma nova configuração na assistência a partir da década de 1990 (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Os CAPS surgem enquanto modalidade de assistência em saúde mental para atendimento-dia, em que o paciente passa o dia e retorna para sua casa, uma

⁹ A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um importante encontro e marco histórico para consolidar os pressupostos da Reforma Sanitária em curso, que conceberam a proposta do SUS, tendo em vista um novo projeto de política de saúde, pois trazia em seus eixos principais a defesa da “saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde” (PAIM, 2007).

alternativa aos ambulatórios psiquiátricos, que como modalidade de tratamento não funcionavam como barreira às prevalentes internações (TENÓRIO, 2002).

No ano seguinte foram implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos, enquanto serviço similar ao CAPS, também, substitutivo ao hospital, com funcionamento 24h e todos os dias da semana, um serviço de portas abertas para receber aqueles que precisassem de atendimento. Em uma melhor descrição, tratava-se de um modelo de serviço capaz de

[...] oferecer o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado: o mesmo espaço prestando-se a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este seja o único contato possível (TENÓRIO, 2002, p. 38).

No âmbito legal, foi representativo para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental o projeto de lei n.º 3.657 de 1989 proposto pelo deputado Paulo Delgado (Brasil, Câmara dos Deputados, 2009), que defendia a progressiva extinção dos manicômios e a adoção de outros recursos assistenciais e pela primeira vez, se buscou a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Este projeto foi mola propulsora para os amplos debates no campo legislativo, tornando-se influente na formulação da política de saúde mental naquela época.

O ano de 1990 merece destaque em razão da realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, na cidade de Caracas, na Venezuela. Esta conferência, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil com a assinatura da Declaração de Caracas, de vigorar as primeiras normativas regulatórias para a implantação de serviços de atenção diária (CAPS, Hospitais-dia, NAPS), a fiscalização e a classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Com o Ministério da Saúde passando a apropriar-se das diretrizes norteadoras da Reforma Sanitária, apontando para um novo formato de política de saúde mental no país, caminharam outras normativas para a saúde mental como a portaria SNAS/MS n. 189/1991 que discorria sobre o financiamento dos serviços de saúde e a portaria SNAS/MS 224/1992, que tratava das normas mínimas para funcionamento dos todos serviços de saúde mental do país.

Para Amarante (2007) sendo a reforma psiquiátrica é um processo histórico cujo objetivo é questionar e elaborar propostas para a transformação no modelo clássico de assistência psiquiátrica e no próprio paradigma da psiquiatria. No Brasil, nossa reforma psiquiátrica foi tomada pelos desejos do processo político-social de redemocratização do país, além de criticar o saber e as instituições psiquiátricas remanescentes da era clássica.

No início dos anos 2000 avançamos em questões relativas à cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico e à reestruturação da atenção em saúde, sendo percebida uma tendência na transformação no modelo assistencial, com a consolidação dos serviços comunitários, além da inclusão de outros dispositivos de saúde para a assistência individual e coletiva às pessoas em sofrimento psíquico, no que representou o modelo em curso de Atenção Psicossocial.

4.2.3 A Atenção Psicossocial e o cuidado em saúde mental

A implantação da rede de dispositivos que conformam o que temos atualmente em nosso país, enquanto política de saúde mental, cujo modelo é orientado para a atenção psicossocial, foi resultado das transformações nos campos teórico-conceitual-cultural, técnico-assistencial e jurídico-política, sendo estas dimensões de um processo social complexo (AMARANTE, 2007) que acreditamos não ter se encerrado.

Seguindo este entendimento, resgatamos o início dos anos 2000, quando o Ministério da Saúde apontou para a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do SUS.

Com a Portaria GM/MS n.106/2000 criou-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Saúde Mental, para atender a certos portadores de transtornos mentais. Enquanto modalidade de moradias ou casas inseridas na comunidade, destinou-se a receber e cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência sem suporte social e laços familiares. Construíram, dessa forma, uma modalidade de serviço substitutiva da internação psiquiátrica.

Trata-se aí de permitir que essas pessoas tenham uma moradia assistida, porém fora do ambiente hospitalar, com arquitetura, espaço físico e mobiliário

adequados a uma casa, e que elas sejam acompanhadas em seu processo de reabilitação psicossocial (TENÓRIO, 2002, p. 52).

O SRT tratou-se de uma política pública voltada ao portador de transtorno mental, de maneira a redirecionar recursos da assistência psiquiátrica hospitalar para os serviços orientados pela assistência comunitária e territorial (ALMEIDA; CEZAR, 2016).

Um marco regulatório se inscreveu com a promulgação da Lei nº. 10.216, de abril de 2001. Esta foi substitutiva ao projeto de lei de Paulo Delgado de 1989, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Nesta normativa, destaca-se o Art. 2, inciso II, consta que é direito da pessoa com transtorno mental “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001). Este reconhecimento jurídico apontou para que não apenas a assistência em saúde assumisse novo formato, agora com enfoque comunitário, mas que estes sujeitos fossem respeitados, protegidos e seus direitos reconhecidos.

No debate de 12 anos entre o projeto de lei e seu substitutivo, é interessante ressaltar que, além de não se proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados, também se retira a denominação “manicômio” na referência aos hospitais psiquiátricos. A lei aprovada deixa clara a prioridade do tratamento na comunidade e condena o que nomeia de “instituição com características asilares” (MATEUS, 2013, p. 71).

Sobre a Lei 10.216, Amarante (2007) pontua que, embora o texto da lei aprovada não tenha assegurado algumas propostas do projeto original, esta normativa acabou sendo reconhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, permanecendo como norteadora do modelo de atenção em saúde mental até hoje.

Consolidando-se e ganhando maior sustentação regulamentadora, os preceitos da Reforma Psiquiátrica gradativamente ganharam espaço no Ministério da Saúde, na reformulação da política de saúde mental a nível federal.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária

à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (BRASIL, 2005).

Neste contexto, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que contou expressivamente com a participação de diferentes segmentos sociais envolvidos com a saúde mental, foi produzido um relatório que serviu como diretriz ao Ministério da Saúde para reestruturar a atenção em saúde mental. As recomendações gerais se direcionaram para um modelo de atenção que adotasse os conceitos de território e responsabilidade como mecanismo de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, além da implementação de programas de atenção em saúde mental municipalizados (TENÓRIO, 2002).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou duas importantes portarias, que até os dias atuais, orientam a organização dos serviços de atenção à saúde mental. A Portaria GM/MS n.251/2002 que estabeleceu as “diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS” (BRASIL, 2002). Com esta portaria foi possível regulamentar o funcionamento e financiamento dos hospitais, impondo maior controle na qualidade dos hospitais psiquiátricos através do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

Já a Portaria GM/MS n. 336/2002¹⁰ regulamentou o funcionamento do CAPS por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, propiciando dessa forma sua expansão, enquanto serviço ambulatorial de atenção diária.

É importante destacar que esta portaria, ao definir o CAPS como serviço de atenção com funcionamento sob a lógica do território, endossou os preceitos antimanicomiais trazidos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, ao reforçar um modelo de serviço em saúde mental fora das internações hospitalares, e com uma assistência que não preza apenas pelo tratamento médico, mas com ofertas de outras atividades de cunho terapêutico e integralizador.

Contribuindo com o fortalecimento da perspectiva de desinstitucionalização e superação do modelo manicomial, foi promulgada a lei federal 10.708 de 2003, que implantou o Programa “De Volta para Casa” instituindo um auxílio-reabilitação

¹⁰ Nesta portaria podem ser acessadas as modalidades de CAPS, sua composição e as atividades incluídas.

psicossocial. Tratou-se de um auxílio pecuniário integrante do programa de ressocialização de sujeitos internados por longo período em hospitais ou unidades psiquiátricas, e que devido a sua dependência institucional, necessitam deste recurso para sua assistência e reabilitação social.

No contínuo processo de construção de um novo paradigma assistencial, tivemos outros avanços buscando a melhoria no acesso e no acolhimento às pessoas em sofrimento mental, através de serviços e ações em atenção às questões de saúde mental, como a inclusão do modelo assistencial de atenção psicossocial, materializado na RAPS (BRASIL, 2011).

Com a RAPS, foi incorporada no sistema de saúde uma rede de serviços de saúde mental para atender, de forma integrada, articulada, às pessoas com demandas oriundas do consumo de álcool, crack e outras drogas, ampliando o acesso às ações e serviços de atenção psicossocial.

São componentes da RAPS: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é compreendida como conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, para a promoção, proteção da saúde, bem como para prevenção de agravos, além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida.

Tem como estratégia o modelo de Saúde da Família para sua organização conforme os preceitos do SUS, de forma a possibilitar o acesso universal a serviços de saúde, uma vez que é considerada a porta de entrada dos usuários no SUS.

A 'Atenção Primária à Saúde' (APS), como estratégia de organização da atenção à saúde difundida no mundo, aqui no Brasil se direcionou a "responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades" (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44). Foi designada de Atenção Básica à Saúde, como forma de enfatizar o novo modelo assistencial de atenção à saúde.

Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos

princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2013, p. 19).

Dentro da Atenção Básica, apontamos um de seus pontos de atenção¹¹ como importante serviço voltado para as ações de saúde mental, os denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), conforme modificações da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

O NASF, anteriormente definido como Núcleos de Apoio à Saúde da Família, é formado por equipe multiprofissional e interdisciplinar em que diferentes categorias de profissionais da saúde atuam dando suporte nos âmbitos clínico, sanitário e pedagógico, aos profissionais que integram as equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

De forma superar a tradicional organização do sistema de saúde sob a lógica da hierarquização, que mais transferem a responsabilidade sobre o problema do usuário do que efetivamente produz resolutividade, à nova proposta, apoiada no matriciamento¹², busca transformar a lógica dos encaminhamentos, referências e contrarreferências e tantos outros mecanismos regulatórios burocráticos, por meio de “ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais” (BRASIL, 2011, p.13).

Como já mencionamos, desde seu surgimento os CAPS, enquanto componente da RAPS responsável pela atenção psicossocial especializada, se tornou um dos principais dispositivos para cuidado em saúde mental, especialmente nos casos graves de sofrimento mental.

Com o CAPS temos um serviço composto por equipe multiprofissional de atuação interdisciplinar de base territorial, com a finalidade de atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e aquelas que possuem necessidades

¹¹ São integrantes da AB os seguintes pontos de atenção e serviços: Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório de Rua; Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura (AMARANTE, 2007).

¹² Matriciamento ou apoio matricial se refere ao modo de produzir saúde no qual duas ou mais equipes criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, em um processo horizontal e compartilhado. No matriciamento estão estruturadas duas equipes, a de referência (Estratégia de Saúde da Família) e a de apoio matricial, sendo esta composta por equipe de saúde mental (BRASIL, 2011).

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (BRASIL, 2011).

Um serviço que ao mesmo tempo que intervém na crise e em suas diversas expressões, também se insere na prevenção da mesma, se caracterizando como um lugar de articulações da rede de atenção de saúde mental no território e de coordenação do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, com vistas à sua interação no meio social e maior autonomia de vida.

A Atenção de Urgência e Emergência também se integra à RAPS por meio dos Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, e novamente as Unidades Básicas de Saúde, entre outros dispositivos de suporte e atenção à crise.

Estes pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado em situações de urgência e emergência das pessoas em sofrimento mental e com necessidades advindas do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo se articular com os CAPS, uma vez que estes são responsáveis pelo acolhimento e cuidado das pessoas em fase aguda, e caso necessário acionar a internação ou os serviços residenciais de caráter transitório (BRASIL, 2011).

Conforme também pela Portaria GM/MS N. 3.088/2011, a Atenção Hospitalar, diferente da perspectiva de atendimento prestado no modelo psiquiátrico clássico. Assume a função de acolhimento em Hospital Geral ou serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas em sofrimento com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool, para tratamento hospitalar nos casos graves em que se evidenciarem indicativos de ocorrências, de ordem clínica e/ou psíquica, nas quais a permanência destas pessoas seja em regime de curtíssima ou curta permanência.

Sobre a Atenção Residencial de Caráter Transitório é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial.

A Unidade de Acolhimento foi instituída pela Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012, cujo objetivo é à oferta de acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades derivadas do uso de crack, álcool e outras drogas, que estejam em situação de vulnerabilidade social e familiar, devendo garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social.

Já os Serviços de Atenção em Regime Residencial, são os serviços de saúde de atenção residencial de caráter transitório, que ofertam cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis devido ao uso de álcool, crack e outras drogas. (BRASIL, 2012).

Estes serviços são financiados por Estados, Municípios e Distrito Federal Residencial, sendo incluídas as Comunidades Terapêuticas. As Comunidades Terapêuticas são compreendidas na Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012, como unidades análogas aos Serviços de Atenção em Regime Residencial.

O ingresso dos usuários no serviço de atenção em regime residencial, conforme a normativa, está condicionado ao consentimento dos mesmos, e dependerá de avaliação do CAPS de referência, podendo também ser indicada por Equipe de Atenção Básica em avaliação conjunta com o CAPS.

Por fim, trazemos como integrante da RAPS o componente da Reabilitação Psicossocial, que ocorre através das iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Tratam-se de ações intersetoriais “por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais” (BRASIL, 2011).

Regulamentam e fortalecem estas iniciativas a Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, que “institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)”, e o Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 onde se institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social.

Com a Atenção Psicossocial, tem se pretendido construir uma rede de serviços tanto de ações no âmbito da saúde quanto intersetoriais, de forma a elaborar estratégias para composição de recursos que possam lidar com as pessoas, seus sofrimentos e suas problemáticas de vida. Mais do que isso, se pretende formar relações entre sujeitos que cuidam e os que são cuidados, onde as pessoas que vivenciam o sofrimento mental possam ser escutadas, orientadas e envolvidas em seu processo de cuidado (AMARANTE, 2007).

Com o desenvolvimento e ampliações do aparato organizativo-normativo, verifica-se o quanto se avançou juridicamente e de como se criaram bases

subsidiadoras para pleitear mais investimentos em ações destinadas às questões em torno da política de saúde mental.

Todavia, mesmo observados estes avanços político-institucionais - tensionadamente conquistados - por uma sociedade de fato sem ideais estigmatizadores e práticas assistenciais segregadoras, somos requisitados a refletir se o que temos ofertado às pessoas em sofrimento psíquico é cuidado, isto é, se temos superando os fluxos, serviços, protocolos e leis e considerado as conexões existenciais, as experiências e modos de ser na vida destes sujeitos, implicando-se com seus desejos de vida.

4.3 OS CAMINHOS PARA ALÉM DO INSTITUÍDO - UMA APROXIMAÇÃO COM O TERRITÓRIO EXISTENCIAL

E quando os serviços não dão conta das diferentes expressões do sofrimento psíquico vivenciados pelos sujeitos, mesmo articulando diferentes ações dentro e fora das instituições, tornando certos casos “sem possibilidades de intervenção”, o que se perdeu nessa produção de cuidado?

Nem sempre os recursos institucionais conseguem contemplar as necessidades de vida e saúde dos usuários. Suas complexidades de vida podem esbarrar nos limites dos fluxos definidos e das respostas prontas dos serviços. O que escapa a essa dinâmica de repetições pode vir a se tornar objeto da impossibilidade de atuação dos profissionais, que ficam cada vez mais distantes da realidade dos sujeitos, das suas angústias (já não acolhidas) e dos seus desejos.

Contudo, quando se compreende o cuidado como aquele que é produto dos encontros entre usuários e profissionais no cotidiano dos serviços, considera-se que neste momento as expressões das vivências dos usuários, tudo aquilo que eles revelam sobre si e suas realidades, são importantes e relevantes para essa produção. E estas expressões de vida são alcançadas quando são diminuídas as distâncias com seus territórios de existência.

Devemos, assim, primeiramente pontuar de que território estamos tratando, uma vez que o conceito de território não apresenta um único sentido, assim como não foi desenvolvido exclusivamente no campo da saúde, estando também presente em outras áreas do conhecimento.

O território, visto apenas como espaço geográfico adstrito para o planejamento e implantação de ações, não contempla a dinâmica social na qual os indivíduos se inserem. Descobrir a produção do cuidado de pessoas que sofrem psiquicamente significa superar a sua compreensão restrita a uma área de abrangência.

Santos (2002) descreve o território não restrito às suas formas naturais, estático e estatizado, ou seja, um espaço definido e delimitado para usufruto do Estado, mas um território pelo seu uso, pelas relações que ali se estabelecem. Propõe considerar o território uma conjunção dos sistemas naturais, aquilo que ele é naturalmente, o substrato físico, com as transformações neles surgidas pelas ações do homem, ou seja, uma combinação da base técnica com as práticas sociais.

As discussões em torno da relação território-saúde ganharam destaque com a implantação do SUS, que, ao reorganizar os serviços de saúde, inscreveu o território como importante componente no planejamento das ações e da assistência previstas no sistema.

É possível observar a importância do território pela própria definição do SUS, enquanto um conjunto de serviços e ações de saúde, organizado em rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990).

Um exemplo é a organização dos serviços e das práticas de saúde voltadas para o cuidado em saúde mental, onde o território é essencial para pensar e promover a articulação da RAPS (BRASIL, 2011).

Na instituição da RAPS, a importância do território se revela ao estar contido em uma das diretrizes, inciso VII, no qual consta o *“desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania”* (BRASIL, 2011).

Na Atenção Básica é a partir dos territórios que se estabelecem os limites geográficos de cobertura populacional que são de responsabilidade clínica e sanitária das equipes de saúde. Mas esta noção geográfica de território, enquanto espaço físico delimitado, não é suficiente para contemplar toda a sociodinâmica que pessoas e grupos estabelecem entre si (BRASIL, 2013).

Não se pode dispensar a importância de pensar o território nos seus aspectos geográficos para a projeção de ações que se direcionam para a prestação de ações e serviços de saúde. Contudo, não se pode restringi-lo a uma região delimitada, uma localidade circunscrita, ou, nos termos do setor saúde, estruturá-lo por meio de

horizontalidades constituídas em uma rede de serviços ofertada pelo Estado aos cidadãos como direito de cidadania (GONDIM; MONKEN, 2009).

O território também pode ser compreendido como produtor de acontecimentos, onde nada está dado, pronto ou definido. Este constitui-se como ambiente vivo, que está submetido a modificações, desvios e recriações de si mesmo, e que possui uma dimensão não objetiva, mas sim um processo de expressão (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Na produção do cuidado, que ocorre em ato, há uma intencionalidade singular no modo de operá-lo, onde está presente nossa subjetividade. A produção da subjetividade, como trazem Merhy e Franco (2013), surge do meio em que se vive e trabalha, onde há uma desconstrução e construção de territórios existenciais constantemente. Estes territórios são construídos pelas dimensões do saber e pela sensibilidade da percepção da vida e de si mesmo, em fluxos entre os sujeitos que fazem parte e constroem a realidade social.

[...] há constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social (FRANCO; MERHY, 2013, p. 123).

A realidade social, portanto, se modifica nos movimentos de desterritorialização e territorialização dos próprios sujeitos que produzem o cotidiano, o funcionamento social, podendo tanto romper com o lugar de origem, quanto novos territórios existenciais, éticos e politicamente identificados com a produção de uma nova realidade social.

Os movimentos de territorialização e desterritorialização, sob a perspectiva de Deleuze e Guattari, definem o território em diferentes versões: etológico ou animal, o território subjetivo, o sociológico e por fim o geográfico (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p.388).

Em contraponto à ideia de território como o espaço da apropriação do que nos é familiar, a desterritorialização se configura no abandono do território:

O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair do seu curso e se destruir. A espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios “originais” se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a ação dos deuses universais que ultrapassam os quadros da tribo e da etnia, com os sistemas maquínicos que a levam a atravessar, cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais (GUATTARI e ROLNIK, 2010, p.388).

Da desterritorialização surge também, indissociavelmente, o movimento de reterritorialização, do refazer de novos mundos. Lima e Yasui (2014) destacam, ao retomar Deleuze (1992), que se o território assume o lugar do controle, do determinado, a desterritorialização pode ser pensada como processo de resistência que apontaria para a composição de novas territorialidades.

Trazendo para o campo do cuidado, pensar o território e as subjetividades que ali habitam requer reconhecer as singularidades que cada pessoa traz e as diferentes interações e deslocamentos que se dão no seu plano existencial, sem restringi-las às suas composições orgânicas/biológicas.

Deve-se passar a enxergar que ali há também um “Corpo sem Órgãos” (DELEUZE; GUATTARI, 2012), ocupado pelas intensidades, ou seja, um corpo que imana os desejos inconscientes, que nos fazem transitar por espaços em que há circulação das relações, dos afetos. É o corpo que faz ampliar as conexões com outros modos de existência.

Os usuários, quando estamos atentos aos seus modos de ser e se conectar com outros modos de existência, conseguimos identifica-los como protagonistas do seu próprio processo de produção de cuidado, reconhecendo-os, neste sentido, como como rede viva.

As redes vivas são as redes que fogem das organizações formais de rede de saúde, cujos fluxos se moldam a partir dos percursos e poder decisório dos usuários, isto quer dizer que “aposta na mobilidade e no protagonismo do usuário” (HADAD; JORGE; MELO, 2016).

Segundo GOMES et al. (2016), as redes vivas são produzidas a cada encontro entre as equipes e a população que demanda um cuidado a partir da pessoa que faz o pedido do cuidado. Traz o usuário e o profissional de saúde para o protagonismo da

construção da linha de cuidado, envolvidos em uma corresponsabilização por essa construção.

Poderíamos então dizer que, ao considerar os usuários como redes vivas, compreendemos que estes estabelecem conexões com pessoas e lugares, formando seus fluxos e fazendo escolhas conforme suas vontades/necessidades.

As redes vivas são, portanto, as redes que podem escapar dos percursos instituídos e se moldar conforme a utilização do território pelos indivíduos de acordo suas necessidades, e pelas conexões existenciais que eles estabelecem no encontro com profissionais dos serviços de saúde, mas também com outros atores que podem se integrar, podendo constituir-se como rede de apoio social.

Uma das definições propostas para o apoio social, apresentada por Valla (1999), a define como um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para quem o recebe, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. É definido como qualquer informação e/ou auxílio material que grupos e/ou pessoas que se conhecem proporcionam, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos.

Reconhecer o usuário como rede viva é- dar visibilidade à sua autonomia em gerir a própria vida, sua capacidade em decidir, requisitar aquilo ou aqueles que possam auxiliá-lo nos seus percursos existenciais e na busca pelo cuidado.

É valorizar seus sentidos, seus sentimentos e movimentos sobre seu mundo singular, de pertencimento, que muitas vezes nós (trabalhadores) podemos ser convidados a integrar, conhecer, mas cedemos aos bloqueios vindos dos muros abstratos que cercam os serviços de saúde e que perpetuam um cuidado centrado muito mais em procedimentos, regimentos, do que em pessoas.

É dar uma pausa no que já é conhecido e abrir caminho aos novos acontecimentos produzidos nos encontros com os usuários, no momento em que os olhares estão atentos e os ouvidos sensíveis às expressões de sofrimento dos sujeitos, criando-se possibilidades mais potentes de se operar o cuidado.

5 PARTE II - MÉTODO

Aqui estão descritos, em minúcia, o corpo e a alma desta pesquisa cartográfica. Do método visto nos aspectos mais particulares, pensados em específico para este estudo, aos indispensáveis a qualquer estudo. Tudo o que foi planejado e aplicado.

5.1 APOSTAS METODOLÓGICAS - DESENHANDO UMA PESQUISA CARTOGRÁFICA

Cartografar é sentir e tentar traduzir em palavras e vocábulos o que os olhos fixaram, o que a memória emocional deixou gravada, o que transpôs e nos modificou de dentro para fora. Movimentos migratórios do eu para o mundo e do mundo para dentro de mim. Partimos, assim.

5.1.1 Abordagem cartográfica

A escolha metodológica para o desenvolvimento da pesquisa foi, sem dúvidas, uma das etapas mais importantes da idealização e materialização do estudo. Com ela, conseguimos dar forma ao processo de pesquisa, tentando alinhar nossas intencionalidades com as possibilidades concretas deste universo da investigação.

Decidir por um método é apontar para um caminho, ou vários, e dali partir para uma jornada ao desconhecido, em busca de novos conhecimentos para si e para os outros.

Como escolha metodológica, adotou-se o estudo qualitativo de abordagem cartográfica de forma a conhecer e refletir sobre todos os aspectos que cercavam um novo mundo que aos poucos foi descoberto.

Conforme Minayo (2001), a pesquisa qualitativa significa a preocupação com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso quer dizer que esta abordagem trabalha um espaço mais profundo das relações, dos processos, o que nos permitirá conhecer as variáveis objetivas e subjetivas que circundam a produção do cuidado em saúde em pessoas com sofrimento psíquico.

A investigação cartográfica, método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), segundo Barros e Kastrup (2015), consiste em acompanhar um

processo de produção de subjetividades, contrapondo-se às representações de objetos.

Uma pesquisa concebida pela representação de um objeto, dito por Barros e Kastrup (2015), é amparada pela tradição da ciência moderna na qual consta a separação entre objeto científico e o cientista por meio de dispositivo experimental, e que esta distinção existe para garantir a validade, na comunidade científica, do saber que foi produzido.

Já a pesquisa cartográfica é entendida por Barros e Kastrup (2015) como movimento oposto da separação do objeto de sua historicidade e das conexões que estabelece com o mundo. Se propõe a ilustrar a conexão do objeto ou fenômeno tratado acompanhando seus movimentos. O que se pretende é ir além da busca pela informação, mas permitir que o cartógrafo possa se conectar ao outro através do encontro e coabitar o seu território existencial.

A cartografia não se apresenta apenas como o modo de se atingir a proposta da investigação, mas também como a direção, o percurso e a tradução das descobertas vindas da aproximação com o outro.

Como coloca Rolnik (2006), a cartografia acompanha e se forma junto do desmanche de mundos e da construção de novos mundos que se criam pelos afetos, onde o cartógrafo exerce a importante missão de dar língua a estes afetos produzidos nos encontros com os outros.

Como cartógrafo, como bem defendeu Barros e Kastrup (2015), nos aproximamos do campo como estrangeiros visitantes de um território que não habitamos, explorando-o por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos.

Com a pesquisa cartográfica, imergimos e estranhemos em um mundo que não era nosso e sim do outro, mas que se tornaram um pouco nosso também, quando nos conectamos a outros modos de existência.

Durante toda a pesquisa buscamos abrir caminho para o desenvolvimento de uma pesquisa interferência, tendo nesta um modo de observação do campo atento e sensível ao processo de produção do cuidado em ato, reconhecendo os trabalhadores e usuários como investigadores, de forma a compartilhar saberes e práticas cotidianas (SEIXAS et al., 2016).

Mais do que observar, os sentidos neste modo de pesquisar se constroem justamente porque não há neutralidade neste processo, pois cada um que ali se

envolve não permanece mais o mesmo. Todos são afetados neste percurso de histórias que se cruzam, das semelhanças que são encontradas e das diferenças que nos modificam.

Cartografar só faz sentido na experimentação, na captura dos caminhos que não eram solitários. Não se faz sozinha porque não se desenvolve distanciado. Se molda pelos caminhos percorridos com o outro, como trajetos sem mapas definidos. Com isso, às vezes me desorientei, outras vezes os encontros me guiaram. No fim das contas fui como bússola, onde os meus instintos me impulsionaram para a direção que devia seguir.

5.1.2 Cenário da pesquisa

O início do campo de pesquisa ocorreu na inserção em um Centro Municipal de Saúde (CMS) da Área Programática (A.P.) 2.1¹³, uma unidade pertencente à Rede Básica de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

A escolha pela unidade foi motivada por se tratar de um espaço de cuidado em saúde representativo do SUS, caracterizado pela proximidade territorial com seus usuários e, organizacionalmente, considerada uma instituição de porta de entrada do sistema. Metodologicamente, se adequou como melhor cenário para apresentação ao usuário-cidadão-guia, e ponto de partida para o estudo em questão.

Elegemos a A.P. 2.1 por ser o território no qual me insiro como assistente social atuante na saúde mental, região também onde me graduei. Um terreno de histórias e descobertas no plano da formação e do exercício profissional e que de alguma forma me confere pertencimento.

5.1.3 O Usuário-cidadão-guia

Conduzimos esta investigação pelo estreitamento com as histórias de vida reveladas, cotidianos que se tornaram aparentes e os percursos/trajetos existenciais

¹³ Conforme consta no documento “Mapeamento das Atividades Produtivas e da População Trabalhadora do Município do Rio de Janeiro” (SMS, Rio de Janeiro, 2017), o município do Rio de Janeiro possui 160 bairros organizados em 33 regiões administrativas (RAs), tendo a Secretaria Municipal de Saúde adotado, desde 1993, à divisão geográfica da cidade em 10 áreas programáticas (APs) de forma melhor gerenciar os serviços de saúde.

apresentados pelo usuário, quando decidimos tomá-lo como guia. Ter a ferramenta do usuário como guia nos oportunizou trazê-lo para

[...] centralidade da produção do saber, mas não o olhar para o usuário, não o olhar pelo usuário, mas o olhar próprio dele, sua perspectiva, o ponto de vista ao qual ele pertence, permitindo-se percorrer seus caminhos, seus trajetos, não tomando-o pela mão, mas nos deixando levar por ele, permitindo que aconteça o usuário como guia. Mas, um guia que também não tem um roteiro fixo e demarcado, um guia também à procura, e que sempre redesenha sua carta de navegação, um guia bastante peculiar. (MERHY et al., 2016, p. 44).

Esta relação com o usuário-guia somente foi possível com a inserção no campo de pesquisa, ou melhor dizendo, no campo da construção das relações e do agir, de onde se estabelece vínculos e descobertas, um espaço entendido como *“intenso trabalho de perceber, descrever, a partir das experiências vividas pelos usuários (...)”* (CRUZ et al., 2016, p. 257).

Portanto foi quando nos lançamos no campo de pesquisa que se tornou possível ter acesso ao modo de produção de cuidado do usuário, pelo seu relato vivo sobre as pessoas e os lugares presentes em seu percurso existencial.

A escolha do usuário-guia se deu pela aproximação com os profissionais do CMS, que indicaram os usuários, que no momento de realização da pesquisa, estavam sendo acompanhados devido à necessidade de cuidados de saúde mental.

Os critérios apresentados aos profissionais da unidade para escolha do(a) usuário(a)-guia foram: os usuários que aceitassem livremente se integrarem à pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que fossem maiores de 18 anos e que, no momento da pesquisa, estivessem em acompanhamento de saúde mental na unidade. Poderiam estar em uso ou não de medicações psicoativas.

Para os critérios de exclusão colocamos que não seriam aceitas indicações de usuários sob a condição de interdição¹⁴ ou com sua autonomia comprometida¹⁵.

¹⁴ A Interdição é um processo judicial no qual um juiz analisa o nível de compreensão de uma pessoa adulta e decide se ela pode ou não praticar sozinho atos da vida civil ou se precisará de ajuda nestas situações. Pode, neste processo, decretar a interdição de direitos e nomear um responsável pela pessoa interditada, que é chamado de CURADOR. Outras informações sobre o assunto ver em: <<https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/03429770-cdf2-4bf7-9cd8-74bc7c5cca04.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2019.

¹⁵ Sobre a autonomia, DANTAS (2008) refere-se à capacidade do indivíduo não depender de outrem para gerir a própria vida, deve depender, senão, de si mesmo na produção de si. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0422.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

A indicação dos usuários alinhou tanto os critérios de inclusão/exclusão expostos em nossa proposta de estudo quanto a motivação pessoal dos profissionais que se envolveram, que ao pensarem sobre os casos distintos que têm acompanhado, puderam indicar alguns nomes.

A etapa seguinte foi de apresentação formal da pesquisa aos usuários indicados pelos profissionais. Das indicações propostas, fomos apresentados a dois usuários, e por uma escolha metodológica, para melhor aproximação com a realidade de vida e aprofundamento dos encontros, seguimos na pesquisa com uma usuária-cidadã-guia.

Adotei o termo usuária-cidadã-guia de forma a admitir e fortalecer o lugar do usuário, que está para além da utilização dos espaços e recursos dispostos nos serviços ou de ser objeto das ações institucionais. Nos circuitos de busca pelo cuidado, ele exercita seu papel de sujeito social detentor de direitos, que ocupa os espaços quando deseja ou necessita, e é também sujeito produtor nestes espaços.

5.1.4 Das ferramentas utilizadas

Os encontros com a usuária-cidadã-guia foram determinantes nesta cartografia, porque foram nestes momentos que se abriram as possibilidades para a construção do vínculo. O vínculo, que considero como a mola propulsora de toda a condução desta pesquisa, pois com ele surgiram as possibilidades de novos encontros e dele floresceram as afetações.

Nesta pesquisa, cada encontro foi de alguma forma construído em conjunto com a usuária-cidadã-guia, que foi mais que uma participante. Ela foi pesquisadora e o fio condutor desta experiência.

Na cartografia não há um modo operante definitivo de como conduzir a pesquisa junto da usuária-cidadã-guia. Com isto não quero dizer que não houve planejamento e intenções anteriores a serem alcançadas. É que o sentido da cartografia, na verdade, aconteceu com os desdobramentos dos encontros, pelos movimentos que se moldaram nestes encontros, nas descobertas que se fizeram em curso. Portanto, o processo constituiu-se maleável, fluido, com aquilo que foi produzido em nós, eu, usuária e outros sujeitos, como nós que desataram.

A pesquisa de campo teve seu início no mês de setembro de 2020 e findou em fevereiro de 2021. Transcorreu através das idas ao CMS, nas observações e

interações neste cotidiano, onde foram aplicadas entrevistas com profissionais (duas no total). Com a usuária-cidadã-guia foram ao todo cinco encontros presenciais, além de trocas de mensagens e conversas ao telefone. O primeiro encontro foi de apresentação da proposta de pesquisa, os três seguintes de entrevistas e o último de despedida do campo.

Foram realizadas durante a pesquisa de campo, além das observações e interações com o cotidiano do CMS, o que vou referir como “entrevistas-encontros”. Estes momentos de entrevistas foram encontros porque tanto os momentos e diálogos com a usuária quanto com as profissionais de saúde entrevistadas não se resumiram a aplicações de perguntas. Os momentos anteriores e posteriores à formalidade da gravação do conteúdo das entrevistas foram instantes valiosos porque deles surgiram as aproximações, as trocas e muitas aprendizagens. As situações de entrevista, portanto, foram, em primeiro lugar, momentos de encontros entre sujeitos e suas singularidades.

Para as entrevistas-encontros, elaborei como ponto de partida roteiros pré-estruturados, que eu chamo aqui de “roteiros disparadores de diálogos”, porque deles partiram as perguntas iniciais, que ao longo das entrevistas-encontros foram para outras direções. Cada encontro com a usuária-cidadã-guia seguiu um roteiro inicial, enquanto que com os profissionais utilizamos em essência o mesmo roteiro.

Com estes roteiros, objetivou-se apreender as narrativas da existência da usuária. As pessoas, os momentos, os lugares, tudo que era importante em sua existência singular e que nos revelou sobre sua produção de cuidado.

A cada encontro, novas formulações de roteiros disparadores com temas e recortes achados no encontro anterior. Em cada encontro, uma peça do retalho que foi se ligando ponto a ponto da história aos poucos contada. Narrativas de fragmentos de vida, que provocaram reflexões sobre a usuária, sobre a vida, sobre mim.

As narrativas são, como descrevem Favoreto e Junior (2011), uma estratégia para se pensar e propor caminhos no sentido da integração das diferentes dimensões e conhecimentos. Se colocam, neste sentido:

[...] como um elemento para a compreensão dos textos e dos contextos mais amplos, diferenciados e complexos das experiências das pessoas, e o modo específico como elas constroem e dão significado a essas vivências. Com este entendimento, a narrativa representaria, ao mesmo tempo, modelos do mundo e da identidade pelos quais construímos a nós mesmos como parte

de nosso mundo (BROCKMEIER; HARRE, 2003 apud FAVORETO; JUNIOR, 2011, p. 474).

O gravador de voz foi utilizado, durante as entrevistas, como recurso de registro fidedigno das falas da usuária-cidadã-guia, com a devida autorização da mesma, e foram posteriormente transcritas para leituras e processamentos da pesquisa.

As transcrições respeitaram a fidedignidade do material colhido, mas receberam tratamento com relação às correções de vícios de linguagem, quando necessário, para melhor inteligibilidade do texto.

Como primeiro ato de pesquisa, me direcionei para a narrativa de história de vida, a fim de apreender a essência singular da usuária-cidadã-guia e sua historicidade. Acessar muito mais o que foi sentido por ela enquanto narradora, as relações vividas e como estas relações produziram mudanças em sua identidade de sujeito.

A história de vida, que é um método de pesquisa qualitativa de uso principalmente nas Ciências Sociais, *“não há a mínima chance de linearidade nisso, nem de um único modo de trazê-la para o relato da pesquisa (...)”* (MOEBUS; MERHY; SILVA, 2016, p.46).

[...] Há um caráter terapêutico nesse método e ético; uma dimensão interventiva, inscrita na escuta oferecida pelo pesquisador e no fato de que contar a história é recriá-la, é produzir uma leitura sobre as experiências vividas, produzir ressignificações e produzir uma escrita. O sujeito narrador da história não se limita, assim, a ser um “objeto” de pesquisa (NOGUEIRA et al., 2017, p.468-9).

Veiga e Alves (2020), ao discorrerem a respeito da metodologia de relato de história de vida consideram o pensamento de Walter Benjamin. Para Benjamin, segundo Veiga e Alves (2020), contar uma história é restituir a memória e a lembrança dos acontecimentos, é produzir no outro um conhecimento que se perdera no tempo da própria trajetória, e o que traz à tona essa história não é o apoderamento do passado, mas é a rememoração para o momento presente, “rememorar no agora”.

Ainda seguindo a compreensão de Benjamin, a memória pode se perder na experiência mesma quando não há tempo para partilhar as histórias de vida, e como consequência, pode-se deixar oculto o conteúdo simbólico dessa memória. Daí a função daquele que ouve o relato de uma experiência ou a narrativa de sua história

de restituir o caráter simbólico da palavra. É recuperar a primeira percepção, a imagem que se tinha da experiência no exato momento que aconteceu.

Ao compreender a formação da identidade do sujeito como um processo permanente de transformações, a narrativa de vida torna-se relevante tanto pelo relato dos fatos vindos do sujeito da pesquisa - que é quem narra -, como as reações, como ele se afetou com essa história; o “não-dito” tão importante quanto os eventos (VEIGA; ALVES, 2020).

A prática cartográfica, felizmente, nos possibilita esta interlocução com a história de vida. Como apreciado por Baptista e Bernardo (2020), a conexão entre o método cartográfico e o método da história de vida ocorre em consequência da especificidade destes métodos, no que se refere ao respeito e ética da relação construída, a sensibilidade e valorização dos aspectos subjetivos que perpassam o processo de pesquisa. Com estas duas abordagens, prezam-se todos os sujeitos envolvidos na investigação e seus universos de pertencimento.

Para melhor reconhecimento do processo de produção de cuidado da usuária-cidadã como guia, buscaram-se outros sujeitos importantes na sua trajetória de vida atual. Realizamos, com isso, entrevistas-encontros com os profissionais que acompanhavam a usuária no CMS, sendo neste caso a assistente social e uma das psicólogas do NASF.

Foi adotado, neste processo, o uso das anotações regulares em diário de campo, sendo este um instrumento onde, diariamente, pode-se colocar as percepções, angústias, e outras impressões da pesquisa. Com ele, o pesquisador pode construir detalhes que vão reunir diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático, desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação (NETO, 2001).

Tratando-se de cartografia, o diário de campo não se resume apenas a um instrumento de descrição do campo observado. Neste, estão expressos os registros que se formam ao se permitir a conexão com os outros, as sensibilidades sentidas que extravasam o corpo e as capturas oculares dos momentos, as sensações que pulsaram, e ainda pulsam, do que foi descoberto, os pensamentos sobre tudo que foi vivido.

É trazer o relato do que tocou a pele, expressando em palavras o que a memória resguardou, que eternizou em forma em sentimentos e reflexões. O diário, assim, assume sua versão cartográfica, que compreende

[...] um agir intuitivo e assíncrono, um registro que se dá tanto simultaneamente ao ato de percorrer o campo e se experienciar concretamente os encontros produzidos pela pesquisa, como também antes ou depois desse “campo”, quando lembranças, percepções e emoções seguem dançando pelo corpo do (a) cartógrafo (a) a cada momento em que a intuição é ativada nas lembranças, e a cada novo encontro que processa encontros anteriores, emergindo um rebuliço que, por sua vez, faz emergirem mais outros escritos sobre anotações anteriores, em uma cadeia intertextual (SLOMP JUNIOR et al., 2020, p.11).

É se “in-mundizar” do outro, como colocam ABRAHÃO et al. (2016), mergulhar e vazar à realidade do outro, nos seus mundos, e transformar em escritos esse processo, que não é concebido exclusivamente pelo cartógrafo principal. A cartografia demanda a implicação de outros olhares, de alteridades que vão compondo outras facetas daquilo que foi experienciado. Necessita de períodos de trocas com outras pessoas, sejam outros pesquisadores, profissionais, outros atores que possam partilhar de suas impressões, provocar o escape das nossas preconcepções, nos revirar.

Além dos escritos em caderno, os diários cartográficos foram construídos também por áudios gravados dos momentos posteriores às idas ao CMS e das entrevistas realizadas, que depois foram transcritos e tornados documentos como os demais registros.

Os registros do diário cartográfico foram objetos de análise conjunta com os orientadores, sendo utilizados como conteúdo para dentro do texto.

Para além dos registros em diário cartográfico, outra parte fundamental da pesquisa foram os momentos de processamentos dessa experiência em movimento. Os processamentos foram os momentos de identificar, descrever e interrogar sobre o ocorrido e as sensações que se produziram nos corpos nos encontros, os desconfortos sentidos como marcadores dos caminhos a serem percorridos (CRUZ et al., 2016). Os processamentos, assim, corresponderam aos momentos de diálogos, reflexões e provocações sobre tudo que foi descoberto e experienciado em cada ida ao campo.

Os processamentos da pesquisa se deram via construtos coletivos, fabricados por conversas-encontros ativadoras de memórias sobre o que vivi com a usuária-cidadã-guia. Nos encontros processadores, se integraram meus orientadores e outras pessoas do meu convívio com quem compartilhei os tensionamentos e minhas afetações originárias do campo.

5.1.5 Aspectos éticos da pesquisa

Tendo em vista o cumprimento da Resolução 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), e da Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016), esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob parecer número 3.890.365.

Teve como norte as premissas do respeito à pessoa, a garantia do sigilo e do anonimato, bem como da gratuidade do estudo.

Sobre a garantia do anonimato do usuário-guia, as entrevistas-encontros foram gravadas, prevalecendo nas exposições deste trabalho a preservação da identidade de todos os envolvidos.

Os nomes não foram identificados, sendo substituídos por identidades fictícias no corpo do texto, garantindo assim o anonimato do usuário-guia e todos aqueles que se integraram e contribuíram para o desenvolvimento do estudo.

Todos os registros da pesquisa, sejam através dos áudios e suas transcrições, como também os oriundos dos diários de campo cartográfico, estão armazenados em computador de uso privado, com utilidade apenas para fins de pesquisa, permanecendo guardados por cinco (5) anos, como consta na Resolução nº 466/2012, tempo de realização da pesquisa. Passado o período, estes dados serão descartados.

Foram apresentadas à usuária-cidadã-guia e às pessoas identificadas como sua rede de conexões, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para nossas assinaturas, ficando uma via para os integrantes da pesquisa e outra comigo, pesquisadora responsável.

Na entrega do TCLE, todos foram elucidados quanto o objetivo do estudo, o método desenvolvido e os possíveis riscos e benefícios, de forma que todas as dúvidas fossem sanadas e que soubessem que poderiam ser novamente esclarecidos ou auxiliados caso ocorressem intercorrências neste processo.

Para garantir que os participantes tenham todos seus direitos resguardados, segundo as normativas bioéticas, consta no TCLE que o participante pode desistir da participação a qualquer tempo, sem prejuízos, de forma a priorizar sempre sua liberdade de escolha.

Enquanto benefícios desta pesquisa, acredita-se que o compartilhamento do modo de viver e de construir o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico com outras pessoas possa contribuir com propostas para melhorar o cuidado em saúde, que se aproxime da realidade de vida das pessoas que passam pela mesma vivência.

Com relação aos riscos que esta pesquisa pôde trazer, reconhecemos que podem levar à desconfortos, uma vez que permitir aproximação com o outro e falar sobre sua realidade abre caminho para evocar lembranças e sensações desagradáveis.

Colocamos, para reduzir estes possíveis riscos, a minha disponibilidade, como responsável pela pesquisa, para o esclarecimento de dúvidas bem como o zelo pela integridade da usuária-cidadã-guia.

6 PARTE III - DEVIR CARTOGRÁFICO

Nesta parte são revelados os percursos cartográficos iniciais do campo de pesquisa.

Aqui constam as andarilhagens no contexto do cotidiano do serviço de saúde escolhido para o começo da pesquisa e os profissionais que cruzaram meu caminho e me direcionaram ao encontro da usuária-cidadã-guia.

O princípio das minhas transformações como pesquisadora que, ao me lançar no mundo, me fez transformar com ele.

6.1 ANDARILHAGENS INICIAIS DE UMA CARTÓGRAFA-APRENDIZ

“Você me pergunta
 Aonde eu quero chegar
 Se há tantos caminhos na vida
 E pouca esperança no ar
 E até a gaivota que voa
 Já tem seu caminho no ar”
 (Caminhos - Raul Seixas)

Lembro muito bem da aflição que senti ao ser apresentada a esta prática de pesquisa, a cartografia, que muito mais do que um modo de pesquisar, trazia consigo, na verdade, uma nova maneira de se enxergar o mundo.

Ler sobre trabalhos cartográficos me ajudava neste processo, mas não produzia em mim familiaridades, e nestes momentos, ao tentar buscar respostas, eu muito mais me perdia do que me encontrava enquanto pesquisadora. Me perdi tentando delinear uma “fórmula”, um padrão para o método, quando na verdade a essência desta pesquisa estava justamente na desconstrução de tudo isso.

Por vezes a minha desorientação, que é a palavra que melhor descreve minhas sensações iniciais com cartografia, tomou conta dos meus pensamentos ao ponto de eu questionar se minha proposta de estudo fazia sentido pra mim.

Não foi um processo fácil, desconstruir meus limites, o meu distanciamento como pesquisadora, uma certa neutralidade ou blindagem adquirida em anos como estudante em outros espaços que estive, mas hoje entendo que me “perder” foi fundamental para me encontrar na cartografia.

Costa (2014), ao descrever sobre cartografia, revela que o pesquisador

[...] atua diretamente sobre a matéria a ser cartografada. No entanto, ele nunca sabe de antemão os efeitos e itinerários a serem percorridos. Na força dos encontros gerados, nas dobras produzidas na medida em que habita e percorre os territórios, é que sua pesquisa ganha corpo (p. 67).

Assim, a cartografia somente ganhou sentido quando fui à campo efetivamente. A inserção no cotidiano escolhido para pesquisar, o contato com as pessoas que compõem este lugar, esta composição de elementos transformou tudo aquilo que para mim era até então uma abstração em possibilidades de aproximação com o novo.

6.1.1 Notas a respeito do inesperado: o contexto da pandemia da Covid-19

Antes que se possa traduzir esta experiência de pesquisa, se faz necessário tecer sobre a primeira barreira posta para o início da minha caminhada, e que de forma avassaladora e inesperada interferiu não só na rotina das pessoas, mas na essência da vida de todos, que é o contexto, ainda atual no fechamento desta dissertação, da pandemia da Covid-19.

Em março do ano de 2020, o Brasil iniciou uma expansiva mudança social mediante a adoção de medidas drásticas de isolamento social em razão da disseminação sem precedentes de um novo vírus em escala mundial, o SARS-CoV-2, ou como difundido, o coronavírus responsável pela propagação da Covid-19.

A Covid-19 é uma doença que apresenta uma manifestação clínica variável, cuja infecção pode ser assintomática ou se manifestar em quadros graves, requisitando muitas vezes atendimento de ordem hospitalar¹⁶.

O coronavírus se propagou de forma rápida e devastadora através do contato entre pessoas, se tornando um marco histórico epidemiológico de adoecimento e morte em todo o mundo.

No Brasil registram-se 712.953.59 casos confirmados e um total de 330.193 óbitos¹⁷, números que a cada dia modelam uma curva ascendente, na mesma proporção em que cresce o desespero para os que possuem consciência sanitária e temem por si e pelo coletivo.

¹⁶ Sobre a Covid-19, ver em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>.

¹⁷ Informações obtidas no dia 04/04/2021 em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.

Diversas medidas de isolamento foram tomadas no Brasil e no mundo para que este acontecimento não tomasse a dimensão catastrófica e dramática com a qual lidamos atualmente, mas as ondas de contaminação oscilam tanto quanto é à incapacidade - ou má intenção - de líderes políticos em lidar política e economicamente com a pandemia, como é o caso no nosso país.

Como dito por Seixas et al. (2020), o enfrentamento político da crise cumpre importante papel tanto no curso da epidemia quanto no impacto nas redes locais de saúde, que ao adotarem discursos e ações contraditórios nas diferentes instâncias e níveis de governo, produzem efeitos de aceleração do número de casos da Covid-19, e conseqüentemente, aumento das mortes evitáveis.

Percebe-se nos países atingidos enorme pressão sobre os sistemas de saúde, públicos e privados. Se pensarmos o nosso país, de dimensões continentais, e com um sistema público de saúde que a cada ano se torna intencionalmente deficitário, as conseqüências são ainda mais devastadoras.

Acrescido a isto, observamos individualmente pessoas aparentemente não cuidando de si ou atentos ao zelo do próximo, negando-se a empregar as principais medidas de controle do vírus, como o uso de máscara e o distanciamento social, quando possível.

Quando não adotadas estas medidas protetivas, aumenta-se o risco de contaminação principalmente para aqueles que integram os grupos mais vulneráveis aos efeitos da doença. A condução destas escolhas, embora sejam influenciadas por fatores macropolíticos em curso, passam também pelas tomadas de decisão individuais, que acarretam em efeitos negativos quando pensamos no impacto na coletividade.

Diante deste colapso social e na saúde, como se lançar ao campo de pesquisa se fisicamente estamos em risco e emocionalmente estamos fragilizados?

Desde março que de alguma forma acredito que todos nós paralisamos. Trabalhando na área da saúde, assim como os demais colegas de mestrado, eu não parei minhas atividades, mas paralisei de certa forma minha vida.

Neste movimento, com a mais concreta imprevisibilidade do amanhã (será que serei contaminado? E se, será que ficarei bem, vivo? será que minha família ficará bem?), tudo aquilo projetado de estudos, de vida, foi profundamente afetado.

Com o mestrado não foi diferente. No meu caso, me vi tendo que recuar no cronograma e esperar. Esperar por notícias, esperar pelas possibilidades, esperar que de alguma forma a vida voltasse ao “normal”.

O desenvolvimento da pesquisa foi em partes afetado tanto a nível de prazos e expectativas construídas quanto na própria inserção no campo. Uma vez que não era possível ir a campo, apesar de habilitada, restaria então me debruçar sobre os estudos e aprofundar conteúdos, mas isso em tese.

Digo isso porque ter concentração, energia, pensar que logo esse contexto passaria, dependia mais do que de força mental, iniciativa. Sempre dependeu do quanto eu acreditava que podia dar certo.

Durante os três meses iniciais do ano que passou, a paralisia foi total, mas necessária. Não me culpo por isso, por essa improdutividade. Hoje aceito muito mais minhas fragilidades e reconheço o momento da pausa, e está tudo bem.

Saber que eu não era a única a passar por tudo isso, já que estávamos vivenciando uma lógica de isolamento social drástico, amenizaram as angústias ou pelo menos reduziram a pressão pela produção acadêmica.

O isolamento social foi, e continua sendo, uma das piores situações consequentes dessa pandemia. Mas esta radicalidade na qual todos nós fomos expostos, ninguém, absolutamente ninguém, estava preparado para tamanho afastamento e todas as sequelas que seguiram.

A retomada consciente das atividades se deu pelo cumprimento de formalidades nos prazos, combinados às chances de ir para o mundo da pesquisa. Então nós (eu e orientadores) confiamos na viabilidade do projeto e seguimos.

O que estava muito longe aos poucos se achegou, e o que parecia ser um projeto distante tomou forma, corpo, mesmo que reinventados os processos, adaptadas as dinâmicas, adequados os trâmites. Cada dia de pesquisa no campo se tornaram conquistas.

Não atribuo a viabilidade da pesquisa *in loco* a um estado de “novo normal”, visto que os riscos ainda são iminentes. O que busquei - dentro do mínimo para a garantia da minha segurança vital e dos outros - foi tornar real a pesquisa, mirando nos meus desejos singulares e me moldando conforme os caminhos me direcionaram. A todo momento, o mais importante foi não deixar de acreditar, e eu acreditei que era possível.

A cartografia, diante deste cenário, se tornou para mim uma importante analogia da vida, quando avistei que não temos o controle absoluto sobre tudo, nada está pronto ou dado, cada dia é o início de alguma coisa ou o final de outra, sempre em movimento. E partes destes movimentos foram assimilados com a chegada à unidade de saúde, o ponto de partida para tudo que foi vivido.

6.1.2 Inserção no cotidiano do CMS

Como já descrito na metodologia, o início da pesquisa se deu com a minha inserção em uma unidade integrante da Rede Básica de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

O dia um do campo ocorreu em 17 de setembro de 2020. Peguei o metrô para me deslocar até a unidade localizada em um bairro da zona sul da cidade. Uma estação de metrô tinha uma saída bem próxima da rua do CMS, uma região farta em comércios e dinâmica em pessoas, que vão e vêm a todo instante. Uma intensa rotina urbana de um bairro que respira a história da nossa cidade:

*Era o primeiro dia “valendo” no campo de pesquisa, após meses de impedimentos em razão da pandemia da Covid-19. A pandemia não foi embora, mas a vida, de alguma forma (ainda que diferente), tem seguido seu curso. Mas acho que a pesquisa, na verdade, teve seu início antes mesmo da apresentação formal na unidade de saúde. O começo do campo se deu primeiro no plano dos pensamentos, das sensações e dos receios que antecederam o adentrar naquele universo que não era conhecido. Entrar em um CMS me resgata automaticamente a memória afetiva da infância, das longas manhãs naqueles corredores tão semelhantes, onde pessoas transitam, dialogam ou mesmo brigam para serem ouvidas. O CMS de imediato já tem sua particularidade por estar localizado no bairro da zona sul do Rio de Janeiro. Conheci o bairro há pouco tempo em andanças turísticas. o bairro remete a uma historicidade pelas antigas construções e a uma contemporaneidade que se mostra na diversidade de serviços e recursos urbanos em seu entorno.
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA UM NO CMS)*

O CMS é uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que dispõe de assistência ambulatorial e de recursos e ações em atenção primária através do modelo da Estratégia Saúde da Família.

No município do Rio de Janeiro é observada a disponibilidade na rede de saúde, de unidades que possuem estrutura e serviços nos moldes de atenção ambulatorial que funcionam integradas ao modelo de Estratégia de Saúde da Família.

Desde 1994, o Programa de Saúde da Família, que em 2006 mudou para Estratégia Saúde da Família, foi incorporado e expandido nos sistemas de saúde locais, modificando o tradicional modelo pautado na assistência hospitalar para um modelo de assistência centrado em equipes de saúde compostas minimamente por médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde. Outras características desse novo modelo foram as mudanças nos mecanismos de remuneração das ações de saúde, na organização dos serviços e nas práticas assistenciais em nível local (COSTA, 2016).

A inserção em um cotidiano de serviço de saúde foi uma experiência memorável. Mesmo atuante na área da saúde há quase 10 anos, observar e interagir em um espaço novo, diferente do habitual de trabalho, me fez lançar em um território desconhecido, parelho com situações já vividas, mas principalmente trouxe momentos de novas experimentações:

*Ainda no caminho para a unidade, me fiz o primeiro questionamento com relação à aproximação com o campo. Este questionamento foi até conversado com os orientadores, onde expus meu primeiro receio, que era em relação ao fluxo que a diretora estabeleceria comigo. (...) Rascunhei em meu caderno a seguinte interrogação: para quem ela deve me encaminhar na unidade?
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA DOIS NO CMS)*

Meu diário cartográfico tornou-se um aliado nesta pesquisa. As páginas em branco funcionavam como uma tela pronta a ser pintada com as minhas memórias dos acontecimentos presenciados:

Chegando na unidade, em torno das 10h da manhã, avistei do lado de fora à direita uma tenda com um papel que constava “síndrome gripal”. Acredito que ali se realizava a triagem de pessoas com suspeitas de covid, que estava vazia, com uma enfermeira e uma agente comunitária de saúde à frente deste setor. me dirigi a elas perguntando sobre a diretora e me direcionaram para o segundo andar. Quando entrei pela porta principal, percebi grande movimento de usuários e profissionais na parte de dentro, no térreo, perto dos guichês de triagem para atendimento na unidade. pela quantidade de agentes comunitários dispostos nestas baias, estes devem ser os profissionais que realizam este primeiro atendimento após porta de entrada. É um lugar de agitação na unidade. Ainda no térreo pude avistar uma academia, que estava fechada e muitas salas com identificações de regulação, sala dos agentes comunitários, curativos, coleta, fisioterapia, acolhimento, imunização, preceptoria, além de salas com nomes de equipes: B, C, D¹⁸. Subindo no segundo andar, identifiquei a sala da direção, um auditório, consultório para procedimentos odontológicos, sala da saúde bucal, consultórios diversos sem especificação,

¹⁸ Designações fictícias para as equipes de saúde.

brinquedoteca, saúde das mulheres, sala da psicologia, saúde da criança, sala dos agentes comunitários, oftalmologia e outras salas com nomes das equipes.
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA UM NO CMS)

A realidade de um serviço de portas abertas a triar usuários com suspeita de Covid-19 trouxe aquele dado da realidade do que vivíamos naquele momento.

O CMS escolhido não era por mim conhecido. Nunca havia trabalhado na unidade nem possuía contato com alguém que já tivesse passado por este serviço. Não conhecia seus profissionais ou os usuários da instituição. Todo aquele universo era novidade, o que poderia ser uma barreira para o acesso, mas que por sorte não foi:

Quando a diretora confirmou a minha autorização para início da pesquisa, disse: “é saúde mental, né? vou te levar nas psicólogas e temos psiquiatra aqui também”. No momento, a unidade conta com o trabalho de duas psicólogas e uma psiquiatra. Fui apresentada rapidamente para as psicólogas que estavam em atendimento, mas que posteriormente iriam conversar comigo. Fui apresentada à psiquiatra e desta apresentação surgiu a primeira situação inusitada do dia. A diretora ao informar que eu era uma pesquisadora, que iria falar sobre minha pesquisa e ajuda que precisava, também me apresentou como assistente social. Neste momento parecia ter aberto uma porta de possibilidades de escuta para a médica, que talvez movida por um impulso de afetabilidade, começou a discursar sobre um caso que tinha atendido recentemente. A diretora, expressando certo desconforto, acabou por explicar novamente que eu estava ali enquanto pesquisadora e não como assistente social, e que na unidade tinha a figura do assistente social. A diretora saiu e eu e a médica iniciamos nossa conversa. Ainda tomada pela necessidade de dividir esta situação com alguém, a profissional tornou a falar sobre este atendimento. “aquilo me afetou”, “não sei o que fazer”. Enxergava que era uma situação social, não era uma questão para a psiquiatria. Colocou que na verdade a maioria das demandas que chegam para ela são sociais: “a maioria das situações não são pra mim, são sociais. Fico sem saber o que fazer, para onde encaminhar”.
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA UM NO CMS)

Foi no mínimo uma surpresa aliada de um certo constrangimento que experienciei nos primeiros contatos com os profissionais da unidade.

Como já dito, a unidade de saúde, na ocasião da pesquisa, mesclava tanto a oferta de atendimentos ambulatoriais, como o psicológico e psiquiátrico, como dispunha das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

O curioso foi que, ao se atentar ao meu projeto de pesquisa, a direção da unidade prontamente me direcionou aos profissionais que ela entendia como responsáveis pelo cuidado em saúde mental.

Por que será que os outros profissionais das equipes não foram indicados por ela? Só cabia atendimento em saúde mental para os profissionais da psiquiatria e psicologia?

Uma psiquiatra sinalizou sua preocupação com um caso que havia atendido. Toda sua descrição do ocorrido remeteu não apenas a um pedido de ajuda, mas também ao descompasso que viveu naquele cotidiano:

*Perguntei se não trocava com outros colegas estas dificuldades, se tinha um espaço para estas discussões. Ela disse que não: “cada um fica na sua sala”; “se precisar tem que ir até eles”. Descrevia que o trabalho era desenvolvido de forma separada, fragmentada, que se sentia sozinha. Perguntei sobre acionar a rede e buscar outros recursos fora. Falei sobre a rede socioassistencial, mas pareceu desconhecer estes recursos. Falou que a saúde mental era desconectada, não tinha um trabalho que resolvesse as questões que surgiam. Quando perguntei sobre como os usuários eram encaminhados para ela, se era por demanda deles ou os outros profissionais que percebiam a necessidade da psiquiatria, disse que acontece das duas maneiras. A médica enfatizou que não participava da marcação da agenda. Não sabia como eram agendados os pacientes: “são outros que marcam”.
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA UM NO CMS)*

As primeiras impressões foram de que existiam muitos atravessamentos dentro da instituição que interferiam diretamente na produção do cuidado, seja pela intervenção individual, de cada profissional, ou coletiva, da equipe, ou ainda pela própria dinâmica da instituição, seus fluxos e as práticas ali existentes.

A psiquiatra pareceu perdida em relação a uma situação que “fugiu”, em sua avaliação, da sua capacidade interventiva, da sua formação e qualificação para desempenhar seu papel na instituição. Aqui poderíamos iniciar um amplo debate em relação à formação profissional nas áreas biomédicas e como os profissionais se lançam para prática profissional diante disto, mas caminharemos de outra forma.

O relato daquela profissional que não controlava sua própria agenda, que não obtinha dentro dos fluxos do serviço as possibilidades de apoio dentro da unidade, aparentou a perda do controle do seu próprio processo e produto final do trabalho.

Contudo, a maior desorientação manifestada por ela foi, ao deparar-se com uma situação que ultrapassava o seu domínio técnico ou saber específico, se viu sem recursos para agir sobre o que pausava as repetições cotidianas de sua prática, daquilo que habitualmente se colocava para ela e prontamente executava. O problema apresentado não podia ser explicado ou controlado como um corpo adoecido, cujas

respostas se dariam pela medicalização. Requisitava-se outras apreensões e respostas não biologizantes.

Merhy, Feuerwerker e Gomes (2016) contribuem para esse debate ao apontar que, ainda que a saúde coletiva tenha avançado na compreensão da doença pelo entendimento do processo (histórico e social) saúde-doença, a compreensão do adoecimento ainda é impregnada de saberes da ciência clínica, que não o abarca por completo.

A doença e seus desdobramentos, quando não vistos em sua integralidade e limitados ao saber exclusivo da ciência clínica, ao transbordar para outros lados, coloca em xeque o alcance da prática profissional solitária. Por isso a dificuldade da médica que não conseguia resolver a questão com os recursos técnicos que tinha. O sofrimento, a causa e a resposta para ele, superava a avaliação e conduta da clínica, pois exigia o alcance de outros recursos mais próximos da realidade de vida, algo difícil de ser elaborado pela profissional de forma isolada.

Por isso, quando o objeto da intervenção deixa de ser o corpo biológico, e não cabe o enfrentamento através do exercício de uma “clínica de corpo com órgãos” (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016, p.26), à luz da ciência técnica e biológica, o profissional pode se ver empobrecido e ausente de recursos para sua abordagem. Isto é, quando esta abordagem não alcança outros elementos integrantes das situações de sofrimento apresentadas pelos usuários e sua ação não tem em vista uma prática cuidadora.

Ouvindo esses relatos, o intrigante é que parecia que cada um que se encontrava ali naquele cotidiano, se percebia de uma maneira e opinava sobre os outros profissionais, a rotina, a estrutura, todo o conjunto constituidor da instituição conforme seu julgamento, como essa médica, que em tom de desabafo, trouxe de forma voluntária em poucos minutos de conversa fragmentos de suas percepções e vivências.

Após o encontro com a psiquiatra, fui em direção às psicólogas do NASF, que foram as profissionais incumbidas pela direção da unidade para dar atenção ao meu projeto de pesquisa, me informar sobre os movimentos de saúde mental dentro da unidade e explicar a dinâmica de acompanhamento dos usuários:

(...) Dali fui conversar com a psicóloga Margarida, que me levou à sala da psicologia. Apresentei a proposta de pesquisa e que necessitaria que ela ou outros profissionais

me indicassem os usuários a convidar. A primeira reação foi revelar certa dificuldade na indicação destes sujeitos, uma vez que a psicologia não os acompanha durante muito tempo. Descreveu que neste momento ela e sua colega são as únicas psicólogas da unidade, que estão ali enquanto NASF. Integram em conjunto com as duas psicólogas, uma assistente social, um psiquiatra (afastado por ser grupo de risco para Covid) e um educador físico. Este último, em atividade remota, pois a academia carioca¹⁹ da unidade fechou desde o início da pandemia. Ambas chegaram na unidade este ano, pouco tempo antes do início do isolamento em razão da pandemia. vieram com a troca da OS²⁰ na gestão da unidade.
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA UM CMS)

A apresentação às psicólogas do NASF foi determinante em minha jornada nesta pesquisa. Foram elas que me descreveram o cotidiano da unidade e foi por intermédio delas que obtive a indicação dos possíveis usuários que poderiam aceitar se integrar à pesquisa. Neste sentido, a equipe NASF se tornou um capítulo à parte nos meus escritos.

6.1.3 Aproximações com o NASF

Passado o anseio de não conseguir me aproximar dos profissionais ou da minha proposta de estudo não ser bem aceita ou viável na instituição, segui nos demais encontros dentro da unidade - um total de quatro dias de diálogos, interações e observações do cotidiano. Fui determinada a esclarecer as dúvidas que surgissem sobre minha pesquisa, obter indicações de usuários que pudessem participar da pesquisa e capturar o máximo daquela vívida realidade do serviço de saúde.

Já melhor orientada sobre como circular dentro do espaço da unidade, busquei novamente as psicólogas à que fui apresentada e estas me receberam de forma a auxiliar na pesquisa:

Fui para o campo determinada a esclarecer meu propósito ali, que não iria me portar apenas com uma observadora da rotina do CMS, mas que gostaria de ser mais colaborativa/participativa, e que as profissionais não precisavam “pré-triar” os usuários que fossem me apresentar. E assim foi meu encontro inicial do dia com

¹⁹ “O Programa Academia Carioca, desde 2009, é um espaço mobilizador de Promoção da Saúde por meio de ação comunitária e multissetorial, centrada na inserção da prática de atividade física regular nas Unidades Básicas de Saúde”. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

²⁰ Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do terceiro setor, sem fins lucrativos, que gerenciam serviços de saúde do SUS no território nacional, articulado às secretarias municipais e estaduais de saúde. Esta informação consta em: <<https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacoes-sociais-de-saude/#:~:text=Organiza%C3%A7%C3%B5es%20Sociais%20de%20Sa%C3%BAde%2DOSS,municipais%20e%20estaduais%20de%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

Margarida, a primeira psicóloga que conheci, sempre muito ocupada, entre uma brecha e outra me recebeu muito bem, como no primeiro dia. De cara, Margarida disse que ainda não tinha pensado em ninguém para me indicar, que a maioria dos pacientes ela não os conhecia bem. Margarida então ficou conversando sobre sua rotina comigo. Dentro de sua carga horária semanal, tem se dividido também nos casos que são necessários para responder ao Ministério Público (principalmente denúncias de maus tratos e negligências de crianças, assim como caso de usuários de drogas, denunciados por vizinhos). Nestes casos em que o CMS deve fazer visita domiciliar em resposta à solicitação do MP, realiza-se a visita domiciliar em conjunto com a assistente social e na maioria das vezes com o ACS de referência daquele usuário. Margarida tem realizado atendimentos de ambulatório de psicologia infantil, na ausência dos profissionais do CMS efetivos que desempenham este trabalho, a profissional do NASF tem atendido diretamente os usuários e seus familiares, quando necessário. A queixa da falta de tempo em razão da carga horária reduzida (20h) e do volume e diversidade de atribuições é bem marcante na fala. Não sei se a carga horária dos psicólogos de NASF sempre foi assim, mas atender ao público diretamente, demandas espontâneas, produzir relatórios e evoluções de atendimento, acionar a rede, pensar sobre as demandas dos usuários, é engolir o profissional em uma rotina procedimental e menos relacional.

(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA DOIS NO CMS)

Se a proposta do NASF é estar integrado à equipe de saúde da unidade compartilhando seus saberes, práticas e gestão do cuidado, tendo em vista a garantia da longitudinalidade do cuidado e prestação de serviços à população, (BRASIL, 2017), estar imerso em uma jornada de trabalho que suprime o tempo hábil, pode impedir de estar mais próximo das equipes. Em uma rotina que consome e excede em atribuições e responsabilidades, o trabalho do NASF pode ficar comprometido e tornar-se inalcançável.

Os NASF não se constituem como serviços ou como unidades físicas independentes, devendo as equipes ocupar o espaço físico das unidades às quais estão vinculadas ou outros espaços. Desta maneira, devem, após indicadas as demandas pelas equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços e outras redes como SUAS, as redes sociais e comunitárias do território (BRASIL, 2013).

Ainda no primeiro dia de campo, tive curiosidade com relação à dinâmica de encaminhamentos dos casos para as psicólogas do NASF. Quando perguntei às psicólogas sobre os fluxos de atendimento dos usuários, mais informações do cotidiano do serviço e o próprio funcionamento do NASF transpareceram:

(...) o fluxo dos pacientes consiste em demanda espontânea ou encaminhamento interno quando a equipe verifica a necessidade de atendimento em saúde mental, e então chamam o NASF. Elas realizam o matriciamento, no qual descrevem como

momento de interconsulta no qual participam o profissional que identificou a demanda do usuário e o usuário, de forma a entender quais são as questões e dali agendar atendimentos subsequentes. Referem que em alguns casos conseguem ter desfecho em poucos encontros após o matriciamento. Têm se concentrado no atendimento dos casos mais urgentes. Houve um aumento de casos de ansiedade por conta da pandemia. Quando perguntei se dava para acompanhar um usuário por longo tempo, disseram que não dá para acompanhar os usuários, visto que eles permanecem por pouco tempo, não é um trabalho continuado. São aproximadamente 4 encontros com estas psicólogas. "Alguns casos mais complexos a gente estende" (o acompanhamento); "estamos com sobrecarga"; "estamos sem retaguarda" (quando se referem a não ter o ambulatório de psicologia ativo em razão da pandemia em razão dos profissionais afastados e a interrupção do grupo que a psicologia coordenava). Já diante da outra psicóloga, Girassol, perguntei também como entendia que chegavam os usuários para atendimento pela psicologia. De início apontou que os usuários chegam na unidade e que na consulta (médica, de enfermagem) mostram a necessidade de falar, de ser escutado. A equipe então sugere a psicologia, mas também relataram que os usuários chegam no serviço demandando este atendimento.

(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA UM NO CMS)

O matriciamento ou apoio matricial consiste em "um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica" (GONÇALVES et al., 2011).

A proposta do matriciamento surgiu pela lógica de superação do modelo tradicional dos sistemas de saúde por meio de ações horizontais de retaguarda especializada da assistência à população e suporte técnico-pedagógico para as equipes de referência. Portanto, não se enquadram as ações de encaminhamento ao especialista, atendimentos individuais pelo profissional de saúde mental, intervenções psicossociais restritas ao profissional de saúde mental ou supervisionar os projetos terapêuticos destinados à população (GONÇALVES et al., 2011).

Isto quer dizer que no relato da profissional em relação ao trabalho que era desenvolvido pelo NASF no CMS, naquele momento da pesquisa, mesmo com o uso de ações que são previstas, como interconsultas e visitas domiciliares, refletiu um certo movimento de contramão. Sugeriu um fluxo de atendimentos individuais com especialista (psicologia), ao invés de se centrar no apoio técnico à equipe de referência, em uma espécie de ambulatorização do NASF termo que foi inclusive dito por uma das psicólogas.

O matriciamento em saúde mental, como forma de articulação da saúde mental às práticas da Atenção Básica, a fim de se efetivar a integralidade do cuidado em saúde pela interação entre diversos saberes para a produção de saúde

(IGLESIAS; AVELLAR, 2017), diante do contexto exposto deste serviço, estava recebendo atravessamentos que caminhavam no sentido contrário ao que se espera desta estratégia de reformulação das práticas de saúde.

A dinâmica desta unidade pareceu caminhar na direção oposta à orientação de matriciamento em saúde mental, centrando-se em atendimentos psicológicos “de consultório” para os casos de sofrimento psíquico. O manejo da atenção aos casos de pessoas em sofrimento psíquico, atribuídos como casos “de saúde mental” estavam sendo designados quase que exclusivamente para as áreas da Psicologia e/ou Psiquiatria, como se o cuidado em saúde mental se restringisse a certos saberes de categorias profissionais, não se articulando a outros saberes para produção de saúde.

Continuamos com as aproximações:

Na parte da tarde conversei com Rosa, a assistente social [...]. Fui para a sala da brinquedoteca. A sala da brinquedoteca é utilizada por Girassol, a outra psicóloga, que também estava presente. Rosa, quando precisa atender utiliza esta sala também ou, com mais frequência, a sala da psicologia, quando Girassol não está lá. Há um problema de sala na unidade, pelos profissionais que brigam e fazem questão de “sua” sala, e daqueles que não tem lugar fixo, como o NASF.

[...]

*Em diálogos trocados com minha colega de profissão, Rosa trouxe um pouco de sua vivência de NASF, espaço que nunca atuou antes pois trabalhava na gestão da secretaria de saúde. No “plano ideal”, a dinâmica de trabalho para o Serviço Social no NASF consistiria na identificação das equipes de alguma questão social e então estes acionaram a assistente social para que fosse desenvolvido o apoio (matriciamento). Na prática, Rosa tem atendido como “plantão social”, ou seja, recebe todas as pessoas que são ao longo do dia direcionadas para ela. Na apresentação/discussão de caso na maioria dos atendimentos, tem atendido às demandas espontâneas que surgem, seja por livre procura dos usuários ou direcionamento dos profissionais “tô mandando um usuário pra você”.
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA DOIS NO CMS)*

Para além das discussões que poderiam ser adicionadas em relação ao que seja o papel de um assistente social que se insere em um serviço de saúde, chamou a atenção a distorção da prática da profissional no CMS enquanto profissional do NASF. Assim como as psicólogas, a assistente social trouxe um relato crítico de como tem desenvolvido seu trabalho, absorvida por uma rotina já pré-programada de resolução das demandas que surgem.

As demandas emergenciais que surgiam, o cronograma que se modificava, planejamentos que se alteravam, funções readaptadas conforme necessidades administrativas-operacionais. Cada dia no cotidiano dos serviços, amostras dos seus fluxos nem sempre são produzidos pelos próprios trabalhadores, as capturas institucionais:

Chego à unidade com uma observação inicial. Há uma triagem para Covid-19 sendo realizada na porta de entrada, o acesso é “monitorado” (...). Neste dia teria um encontro com a enfermeira da equipe na qual Margarida dá apoio. Mandeí mensagem, mas a enfermeira respondeu que teve sua escala de trabalho alterada. Foi para o acolhimento das demandas espontâneas, que atribuem como espaço de “escuta”. Quando eu perguntei a Girassol como funcionava as escalas dos profissionais para os setores, disse que vinha de cima. Perguntei sobre os agentes comunitários de saúde e disse que percebe que eles não são muito disponíveis para se integrar à equipe, que ficam tomados por obrigações burocráticas.
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA TRÊS NO CMS)

As demandas consumiam o planejamento dos profissionais. Constantemente a rotina se alterava e as ações programadas eram modificadas para outros fluxos e circuitos que se mostravam necessários ao funcionamento do serviço. Nenhum profissional escapava a estas mudanças, como alteração de escala, cobertura de outro território, um atendimento não agendado que se apresentava emergencial.

No que se refere aos Agentes Comunitário de Saúde (ACS), estes são uma categoria profissional importante na instituição pois, conforme consta na PNAB, compreende a equipe mínima de saúde da família, sendo, portanto, indispensável na composição do corpo profissional das unidades da rede básica de saúde pública.

Configuram atribuições do ACS, dentre outras, o cadastramento, preenchimento e informação dos dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente e participação em atividades com vistas à integralidade do cuidado a partir das necessidades identificadas no território, priorizando a população suscetível à maior grau de vulnerabilidade e risco epidemiológico (BRASIL, 2017).

Sendo assim, na medida que o ACS é atravessado por processos burocráticos instituídos, o resultado, como descrito, é a diminuição da sua capacidade de se integrar às ações do serviço e atuar junto aos demais profissionais. Termina por escapar do foco de efetivamente atender à população e principalmente ser ativo e

colaborativo nos planejamentos específicos da realidade local e do serviço em que se inscreve.

Continuei com Girassol que me relatou o que para ela eram mais obstáculos diários da rotina:

Girassol descreveu mais sobre sua jornada de trabalho. Cabe a ela dar apoio a mais equipes. Basicamente suas atividades se centram no primeiro atendimento (matriciamento) e os retornos destes casos. Nas quintas feiras, dias que tenho comparecido no CMS, Girassol permanece durante todo o dia. Na parte da manhã, nos atendimentos mais regulares (ambulatorização) e à tarde dedica-se ao matriciamento (interconsulta com a presença do usuário) de duas equipes. Há, segundo a psicóloga, uma planilha de escala dos profissionais (enfermeiros ou médicos) para participar do matriciamento, mas nem sempre se segue este fluxo. Muitas vezes os profissionais têm sua escala alterada para atender outras requisições da unidade no horário do matriciamento.

E mais uma vez surge a dicotomia: o matriciamento ideal (apoio regulamentado) e o matriciamento real (atendimento direto ao usuário, atendimento de consultório). Às quartas à tarde, as equipes separam o turno da tarde para suas reuniões, sendo uma destas equipes (através de rodízio) escalada para atender as demandas que surjam na unidade neste período. As reuniões são realizadas nas salas das equipes, segundo Girassol.

(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA TRÊS NO CMS)

Como estratégia para maior aproximação e elucidação com relação à rotina na qual as psicólogas que me acolheram estavam submetidas, pedi a Girassol que no encontro seguinte (4º dia de campo) eu pudesse estar presente no matriciamento. Vivi naquele momento algo inédito, ao mesmo tempo que me trouxe semelhanças com momentos que já experimentei em minha trajetória profissional.

Particpei de dois matriciamentos, sendo o primeiro o mais emblemático e memorável:

No período da tarde acompanhei Girassol nos horários previstos para matriciamento. Uma acadêmica de medicina que participaria dos matriciamentos se apresentou e ficou conosco na sala aguardando o horário. Era comum acadêmicos (acadêmicos bolsistas ou internos (estágio obrigatório) de medicina participarem do matriciamento no lugar do enfermeiro ou do médico da equipe.

[...]

Chega o primeiro usuário para matriciamento acompanhado por seu médico de referência, sentam-se todos em uma mesa redonda (eu mais afastada, sem integrar esta roda). Todos se apresentam e o médico começa a descrever o motivo de avaliar necessário o atendimento psicológico, descreve a situação que o usuário tem vivenciado e sua percepção sobre ele. Abre-se o momento de fala do usuário. Um homem jovem, que havia descoberto ser soropositivo e que, segundo o médico, não

tem aceito o diagnóstico e tem rejeitado iniciar o tratamento. Está em negação e tem tido pensamentos de morte, de tentar o suicídio. A primeira fala deste rapaz é de que achava que o encontro seria apenas com o médico e a psicóloga, demonstrando desconforto com a sala cheia. Eu e a acadêmica saímos da sala. Quando retornamos a psicóloga afirmou que se tratava de situação de fato grave.

(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA QUATRO NO CMS)

Este momento de matriciamento me fez refletir sobre o sofrimento vivenciado pelos usuários e como estes ficam expostos aos fluxos da unidade para serem assistidos.

Um profissional ou equipe ser resolutivo em uma situação apresentada por um usuário não significa necessariamente ser cuidadoso. Diante de um grave sofrimento, na angústia de ofertar uma resposta ou caminho que possa atender as expectativas do usuário, pode-se produzir outros efeitos, como a exposição e o constrangimento daquele que se vê perdido em seu problema.

Aquele usuário mobilizou uma equipe, que requisitou o NASF, mas até que ponto os recursos institucionais conseguiram amenizar aquele grau de sofrimento? Seria possível diminuir a apatia e o desespero do usuário diante de um diagnóstico complexo? Cenas e reflexões de um dia no cotidiano de um serviço de saúde.

6.1.4 A apresentação à usuária-cidadã-guia

O percurso metodológico da pesquisa centrou-se em algumas etapas. A entrada no CMS e percepção sobre aquele cotidiano, a aproximação com os profissionais que auxiliaram na identificação dos possíveis usuários para a pesquisa - e de certa forma, uma integração à rotina destes profissionais -, as observações e registros de todas as situações experienciadas na unidade de saúde e a apresentação ao usuário-guia e subsequentes entrevistas.

Ainda que pareça um fluxo ordenado ou sequencial, estas etapas não ocorreram mediante um construto linear. Dito de outra forma, estes percursos da pesquisa aqui descritos não seguiram um regimento antecessor, onde toda a pesquisa tivesse delineados e delimitados seus trajetos a serem percorridos, seus efeitos e resultados esperados.

Cada ida ao campo, cada encontro estabelecido é que tornaram visíveis os arranjos desta investigação. A cada dia, um novo acontecimento suscitava a busca por algo mais.

Tudo isso para dizer que, mesmo tratando-se de um estudo transcorrendo planejamentos e objetivos a serem alcançados, somente com os encontros no campo de pesquisa que se pôde vislumbrar o que era possível, bem como ser tomado pelos momentos inesperados.

Receber a indicação do usuário-cidadão-guia seguiu neste sentido. Da intencionalidade projetada (objetivos e critérios de participação) à apresentação da proposta diretamente ao usuário, tudo se fundamentou em expectativas.

No segundo dia de campo no serviço de saúde, foram sugeridos por uma das psicólogas e pela assistente social do NASF alguns casos (usuários) para que pudéssemos manifestar sobre o estudo e convidar o usuário para compô-lo:

Então Rosa e Girassol disseram o nome de quatro usuários de imediato; as duas falaram sobre Floribella, uma jovem de 22 anos que estava em acompanhamento pela psicologia devido a sérios conflitos com a mãe. Para cada nome que me foi dito e esta breve apresentação da situação do usuário, coloquei em meu caderno cartográfico palavras soltas captadas pelas falas das profissionais. De Floribella escrevi: “abuso da mãe; conflito; mãe define filha como doente”. Floribella parecia ser um caso necessário para a minha pesquisa, uma forma das profissionais obterem novos recursos para lidar com aquela situação que parecia inconcebível. Uma jovem cercada de controle e ao mesmo tempo rejeitada pela mãe, a figura da mãe que a oprime, mas ao mesmo tempo depende de Floribella (...).
(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA DOIS NO CMS)

Saber brevemente da história de Floribella²¹ chamou a atenção não apenas pela situação narrada em si, mas pela forma como senti que este caso afetava as profissionais que o acompanhavam e como estas se sentiam. As profissionais não vislumbravam, naquele momento, outros recursos para lidar com o conflito existente entre mãe e filha. Não foi o único caso sugerido naquele encontro, mas certamente foi o que mais atraiu minha atenção.

Combinamos com a psicóloga Girassol que dois usuários, coincidentemente agendados para atendimento em sequência para aquele dia, seriam apresentados a mim ao final dos atendimentos.

Na semana seguinte, como combinado, cheguei à unidade pela manhã e aguardei o fim dos atendimentos da psicóloga. Interrogações pairaram no tempo de espera destes encontros: Será que vou explicar claramente a pesquisa? Será que a(o)

²¹ Floribella é o nome fictício da usuária-cidadã-guia da pesquisa. Foram atribuídos nomes fictícios também às profissionais do serviço e demais sujeitos que apresentados nas narrativas.

usuária(o) vai aceitar o convite? Muitos anseios enredados de confiança, naquele curto espaço de tempo:

Encontrei Floribella. Olhar atento e expressão de simpatia pela minha figura. Demonstrou pleno interesse pela proposta. Tentei ser a mais clara possível sobre o que pretendia. Pareceu entender e estar empolgada com essa possibilidade. Sugeri que ela pensasse sobre um lugar que ela goste, que eu poderia levá-la, desde que não fosse com muitas pessoas e barulho por conta da gravação de áudio. Pareceu animada para escolher o lugar.

[...]

Há alguns minutos eu tive meu encontro com Floribella, como tinha combinado com Girassol, a psicóloga. Após a consulta ela falaria que tinha uma pessoa para apresentar, uma pesquisadora e assim ela o fez. Ela saiu, ela perguntou se queria que ela esperasse fora ou se ela poderia ficar lá dentro. Eu preferi que ela ficasse fora e eu encontrasse Floribella. a sós. E foi melhor do que eu esperava.

Vi um olhar atento, um olhar sorridente pra mim. Uma jovem que pulsava uma necessidade de fala. Acho que eu fui muito impulsiva e com vontade de expor todos os aspectos da pesquisa, mas ela pareceu ter entendido bem.

Eu me preocupava a todo momento em explicar, perguntar se ela tinha alguma dúvida. Esclareci que naquele momento era uma apresentação. Expliquei o propósito da pesquisa, que a gente não se encontraria apenas uma vez, mas que a proposta é que a gente tivesse mais encontros e que esses encontros, o local, o melhor dia pra ela, que seria de comum acordo, que a gente construiria este processo junto e ela foi super receptiva. Ela falou que “aí que bom, vou gostar de ter um espaço pra falar”. E eu nem imaginava que seria tão receptivo.

[...]

Falei também que era uma novidade pra mim esse tipo de pesquisa, que era uma pesquisa mais relacional e ela falou que nunca tinha visto um tipo de pesquisa assim, mas ela estava achando legal.

[...]

Eu saio confiante e comemorando com a psicóloga, caramba, não esperava que fosse ser tão fácil o diálogo e a receptividade. A psicóloga também ficou feliz. Na percepção da psicóloga vai ser bom pra ela ter outras possibilidades, que ela tá num momento descobrindo o que ela quer. Apesar de ela ter uma vida com responsabilidades, ainda existe uma certa imaturidade de construir coisas, de pensar em coisas.

[...]

E foi uma grata surpresa. Foi uma experiência diferente essa aproximação com o usuário, que será meu guia. Eu fiquei assim, bem nervosa para apresentar a ela a proposta, mas eu fui relaxando a partir de cada olhar de interesse que ela esboçava com a minha fala.

[...]

É interessante este momento de pandemia, de uso da máscara, como o olhar faz toda diferença também, mas a gente estabeleceu um bom momento de diálogo. Eu perguntei sobre o tempo que ela estava em acompanhamento com a psicóloga, se já tinha previsão de alta, e ela disse que não, que ia ficar porque: “o meu problema é bem complexo né?!”.

(TRECHOS DO DIÁRIO CARTOGRÁFICO - DIA TRÊS NO CMS).

Da proposição à aceitação, a trajetória de pesquisa junto à usuária-cidadã-guia começou. Pistas que vinham do discurso da psicóloga se confirmaram neste primeiro encontro, no breve diálogo com a usuária, mas somente corresponderam a frações de sua totalidade de vida. Iniciou-se ali a oportunidade de imersão em um novo território, o da existência de Floribella.

7 PARTE IV - DESCOBERTAS E ACONTECIMENTOS

Nesta parte está contida a trajetória junto da usuária-cidadã-guia, a protagonista deste trabalho. Os acontecimentos surgidos a partir de nossos encontros e desencontros.

Os trechos de suas narrativas de vida, as memórias do que viveu, o compartilhamento de sua realidade de vida. Mapas de uma vida pulsante, que ao ser compartilhada apresentou o modo como produz seu cuidado com as conexões existenciais que o integram e impulsionam e as interferências postas em seu caminho.

7.1 OS ACONTECIMENTOS PRODUZIDOS EM UMA CARTOGRAFIA COM PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO – REGISTROS, DESCOBERTAS E AFETAÇÕES

Com Floribella, colhemos narrativas de suas experiências de vida, aspectos do seu cotidiano, sua história contada por entre memórias, nas representações dos seus afetos e angústias passadas, presentes e projeções do amanhã. Alguns fragmentos de suas composições de vida. Aquilo que ela permitiu se tornar visível e acessível aos nossos olhos e ouvidos e tantos outros sentidos.

Um dos maiores desafios deste percurso singular foi desenvolver uma pesquisa relacional, mas que ao mesmo tempo pudesse estabelecer limites éticos nesta aproximação com Floribella.

Com esta pesquisa, a percepção de que nossos encontros eram muito mais do que parte do processo metodológico, mas se configuraram em uma espécie de escape à rotina desta jovem, onde ela podia falar sobre si e confidenciar seus desejos e receios, trouxe contornos inesperados e ao mesmo tempo difíceis de lidar.

As afetações que foram sentidas e a relação construída com Flor, que na verdade são esperadas em uma cartografia, para uma cartógrafa iniciante como eu, em certas circunstâncias colocou-me à deriva em relação ao meu papel naquele processo. De como eu deveria me portar diante de algumas situações que surgiam, principalmente as de conflito trazidas pela usuária, que convocavam a profissional em mim a intervir de alguma forma.

No transcorrer do percurso, muitas vezes me senti perdida quando tentava me situar nas diversas versões de mim que se manifestavam durante o processo de pesquisa: o olhar da assistente social, o papel de pesquisadora e a figura de sujeito

no mundo, que se envolveu e se sensibilizou em cada experimentação da vida desse outro.

Como se vincular à cidadã-guia e estabelecer uma relação afetuosa, íntima, e ao mesmo tempo equilibrar as responsabilidades éticas e compromissos de execução de uma pesquisa (prazos, termos de pesquisa, planejamentos, e tantas outras exigências de uma produção acadêmica formal)? Como ser sujeito-pesquisador e reconhecer as limitações no meu papel neste processo (até quando e como se avançar)? Coisas que não se ensinam antes e se manifestam durante a jornada.

Dessa forma, entre dúvidas e acertos pelo caminho, empenhamo-nos em transparecer as sensações e percepções acolhidas nos relatos vivos da existência de Flor, e com ela extrair novos modos de condução da vida. Narrativas de uma vida singular que carregava considerações relevantes para propor meios de se enxergar e agir com o outro do ponto de vista do cuidado.

7.1.1 “Quem sou Eu” - Floribella

“Sigo procurando quem eu sou, sou o que quero ser
Sou ser humano, permita-se ser
Voltas do mundo de um tempo que não passou
Não tento ser o que querem, simplesmente sou o que eu sou”
(Quem sou eu - Oriente)

Convencida de que esta cartografia deveria seguir por uma construção coletiva e de que grande parte do sucesso deste processo se daria pela vinculação da usuária-cidadã-guia à investigação, algumas conduções nesta pesquisa se deram pela predileção da usuária.

A sugestão ou aceitação dos lugares para realização das entrevistas, a inclusão de outros sujeitos que pudessem ser entrevistados para discorrer sobre ela, o nome fictício adotado na narrativa, em tudo o que era possível nossa usuária-cidadã-guia era convidada a arbitrar.

Floribella²² foi o nome por ela escolhido para sua identificação fictícia. Em um dos encontros, pedi que explicasse melhor sobre a decisão por este nome:

F- Bom, Floribella é uma novela que tem a protagonista que na verdade o nome dela é Maria Flor, mas todo mundo chama de Floribella porque ela tem uma banda, e tipo ela é muito parecida comigo ela é sonhadora, ela é romântica, uma cinderela (risos).
D- Você acha que esses aspectos de ser sonhadora, ser romântica, fazem parte de você?

F- Uma coisa que, eu não demonstro para muita gente que eu sou assim, porque infelizmente com esse negócio da minha mãe sendo muito fria comigo, ao decorrer do tempo eu acabei ficando uma pessoa muito fria com umas pessoas, é uma coisa meio chata porque eu não sou assim fria, mas eu com o tempo eu acabei sendo, mas não é do meu feitio, minha essência ser assim, ser fria assim com as pessoas, eu sou carinhosa, eu sou gentil, eu sou uma fofa.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

As profissionais entrevistadas, a psicóloga e a assistente social do NASF, também nos colocaram suas percepções em relação à usuária-cidadã-guia:

Cara, Floribella, acho que é uma jovem, porque ela é muito nova, que percebe tudo que tá acontecendo, com a relação dela com a mãe. Ela sabe que aquilo ali tá errado, que aquilo ali tá errado que eu digo, assim, tá excessivo, né? Vamos dizer assim. Mas que ela ainda não consegue, como eu posso dizer, não consegue romper com isso. Eu acho que, não sei se por conta da condição de saúde da mãe, não sei, por ela ser a única renda da família e também não querer ver a mãe numa situação, de repente, pior. Eu acho que a Floribella, ela é uma menina que, eu acho que ela não viveu, acho que a mãe dela não deixa ela tomar as próprias decisões, eu acho que ela controla muito e que ela tem consciência disso, mas acho que ela precisava, que ela precisa em determinadas situações de, de repente, de um empurrão pra conseguir, sabe? Tomar uma decisão (...).

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

Ah, eu acho que é uma menina fofoíssima, que tem um potencial de crescimento, ela tem muitas ideias, é super sensível, para mim ela é essa menina, eu ainda vejo ela como um adolescente, mas para mim ela é essa menina que precisa de um, empurrão assim sabe, de empurrãozinho, mas que eu acho que não vai ser fácil não, não vai ser rápido, não sei se a gente aqui vai dar conta, mas eu acho que para mim ela é essa menina assim que tá num ambiente muito difícil, que precisa de recursos para botar a cabeça para fora e respirar e seguir a vida dela (...)

Mas ainda é muito frágil, muito imatura no sentido da relação, de perceber que ela consegue de verdade, um pouco que me lembra, por isso que fica essa imagem da adolescente, não é nem pejorativo, mas muito mais no sentido de uma transição, que ela tá no processo de transição ainda, talvez um pouco atrasado, mas eu sinto ela num processo de transição...

²² Novela exibida na TV Bandeirantes, cuja protagonista detinha o mesmo nome. Outras informações sobre o folhetim estão em: <<https://observatoriodatv.uol.com.br/noticias/floribella-relembre-a-historia-da-novela-infantil-da-band>>.

(ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA GIRASSOL)

Nossa Floribella, uma jovem de 23 anos, não fugiu, de fato, ao seu reconhecimento como uma mulher sonhadora vivendo um momento de transições de toda ordem - afetiva, social, sexual, etc. Seus relatos se mostraram impregnados daquilo que almejava e do que lhe atingia, de como se percebia e como concebia o mundo ao seu redor:

(...) Todo mundo gosta de mim, mas é isso, sou uma garota caseira, não sou de bagunça, essas coisas, não gosto de beber, não gosto de fumar, gosto de tomar um refrigerante, um suquinho, uma água, e comer bastante.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Desde o primeiro encontro, Flor não se absteve de perguntas, se mostrando confortável em desvelar como se colocava na vida perante as pessoas e as circunstâncias:

D- O que que você mais gosta na sua personalidade?

F- Meiga, eu sou muito meiga com as pessoas, ah sei lá, acho que a minha meiguice, sou muito gentil com as pessoas, não gosto de tratar as pessoas mal, só quando eu não gosto mesmo e aí eu acabo sendo um pouco grossa.

D- E o que é mais difícil na sua personalidade?

F- Teimosa, eu sou muito teimosa, assim, por exemplo, igual quando o Fred falou, ele sempre fala comigo "Floribella tenta fazer o certo", mas eu não quero fazer o certo, eu quero fazer desse jeito porque eu não consigo fazer certo, então deixa eu fazer desse jeito, aí eu já falei com ele, mas eu sou teimosa, eu vou fazer o quê? Se gostar de mim gostou, se não gostou não posso fazer nada.

D- Você tem dificuldade de socializar?

F- Não, até que agora eu não tenho tanta, eu tinha muito antes, eu tinha muita dificuldade de me relacionar com as pessoas na escola, demorava muito para eu criar uma amizade, agora faço de boa amigos no trabalho, chega alguém novo eu vou lá, pergunto o nome, vai ficar em qual horário e tal, e aí a convivência vem aos poucos (...).

(...) é muito raro eu expressar o que eu sinto, só quando eu tenho confiança na pessoa mesmo, quando eu confio mesmo aí, pô, tô sentindo isso, isso, isso, tirando isso, eu sou muito fechada. (...) Até com minha mãe (...).

D- Se você pudesse definir hoje, se perguntasse como se você fosse outra pessoa, quem é Floribella para você?

F- Floribella é uma pessoa teimosa, muito teimosa, mas uma pessoa fofa ao mesmo tempo, é isso.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Floribella nos abriu a possibilidade de compreender alguns aspectos de sua subjetividade. De como se percebia e concebia sua realidade de vida, de como

elaborou suas vivências, de como se conduzia na vida. Deu língua aos seus afetos e acontecimentos particulares. Deixou acessível o que poucos conheciam. Me fez íntima de seus segredos.

Com Floribella, percebeu-se que os modos como nos portamos diante das situações e nos relacionamos com as pessoas, podem estar carregados dos sentidos que conseguimos processar. Nuances das nossas emoções, visões de mundo e desejos.

Segundo Maheirie (2002) o sujeito, conforme as relações que vivencia no mundo, produz significações que, aliadas às suas ações, compõem o sujeito que vai sendo descoberto por perspectivas. Isto é, em cada ato, opinião, gesto, modo de se comunicar ou se portar, o sujeito se revela, se mostra como um todo

Sendo corpo e consciência, ao mesmo tempo, o sujeito é objetividade (pois é corpo) e subjetividade (pois é consciência), não podendo ser reduzido a nenhuma destas duas dimensões. O Eu, ou a identidade, ou a especificidade do sujeito, aparece como produto das relações do corpo e da consciência com o mundo, consequência da relação dialética entre objetividade e subjetividade no contexto social. (...) inserido neste cenário de múltiplas singularidades que se entrecruzam, ele realiza a sua história e a dos outros, na mesma medida em que é realizado por ela, sendo, por isso, produto e produtor, simultaneamente (MAHEIRIE, 2002, p. 35-6).

A subjetividade é, portanto, compreendida como uma dimensão do sujeito, e ao se relacionar dialeticamente com a objetividade no contexto social em que se insere o sujeito, o produz.

Por outro lado, podemos alcançar a subjetividade não com uma divisão clara entre corpo e consciência, como se os indivíduos fossem uma espécie de somatório destes dois âmbitos e somente pela junção destes produzissem uma totalidade, ou seja, o sujeito.

A subjetividade não se resume ao perfil de um modo de ser, que ao recortar o espaço, forma um universo interior e um exterior. A subjetividade é, na realidade, a composição de certo mapa de sensações, que a cada novo universo - compreendendo que estes universos afetam as subjetividades e traduzem-se como sensações que incitam o desejo em graus diversos de intensidade, provoca novas sensações e com estas se estabelece um novo mapa de relações (ROLNIK, 1997a; 1997b).

As subjetividades são, por conseguinte, construção mutável, não rígidas ou pré-definidas, suscetíveis a constantes processos transformadores. E estas

transições são percebidas na narrativa de Floribella, quando ela revela suas sensações e traz nuances do seu emocional:

D- Na maior parte do tempo, você se sente triste ou feliz?

F- (...) durante o dia eu posso ter várias emoções, eu posso tá feliz de manhã, de tarde eu posso estar mais ou menos, de noite eu posso estar péssima. Ou pode ser o contrário, de manhã posso ficar péssima, de tarde eu posso estar bem e de noite eu posso tá razoável. Depende do que aconteceu no meu dia, tipo, se tem uma briga com minha mãe de manhã eu vou estar mal de manhã, se eu for para o trabalho tiver alguma coisa, uma festinha ou uma conversa com alguém, eu vou ficar melhor, de noite se aconteceu uma coisa muito boa eu vou ficar feliz, essas coisas assim, depende do que aconteceu no meu dia.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O convívio e a relação com outros sujeitos são potenciais influenciadores para nosso modo de nos apresentarmos e interagirmos com o mundo. A família é um núcleo importante nessas projeções. Na história de Flor, sua família, e sobretudo a figura materna, ganha destaque em diferentes nuances de sua existência:

Minha mãe é uma pessoa muito orgulhosa, a minha tia quer ajudar ela, mas ela não quer, porque ela é uma pessoa muito orgulhosa. Infelizmente eu peguei um pouco disso dela, eu sou um pouco orgulhosa também, às vezes eu vejo, eu falo alguma coisa, faço alguma coisa, sei que eu tô errada, mas eu não peço desculpa, é muito difícil. É muito difícil pedir desculpa para alguém, só se eu gostar muito da pessoa, aí eu reconheço que eu errei e tal e peço desculpa, mas tirando isso, não te conheço, não é do meu convívio, vou te pedir desculpa por quê? Eu sou assim, bem cabeçadura, muito ela.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Tentamos conduzir entrevistas que pudessem resgatar o íntimo e as percepções que Flor tem de si mesma, recortes de sua personalidade como um mecanismo de reconhecimento dos seus desejos e de conexão com aquilo que tem importância em sua vida.

Em uma pesquisa desenvolvida em meio ao caos de uma pandemia, onde o toque não era mais possível, o sorriso estava velado e a única fonte de aproximação dava-se pelos recursos da voz, olhares e gestos, nossa confiança foi se estruturando na atenção à sua narrativa de vida e na valorização dos detalhes que a compunham como sujeito:

D- E tem alguma coisa que te incomode, no seu corpo ou na sua saúde, que você acha que poderia melhorar ou que te faria melhor se fosse diferente?

F- Olha teve uma época aí que eu não gostava do meu corpo, porque eu sou muito gordinha, às vezes isso me atrapalha porque, não por mim, quando minha mãe tá chateada comigo, ela fica falando, “pô Floribella, emagrece, você tá gorda e não sei o quê, tá parecendo uma baleia, uma elefanta”, ela fala assim, aí isso me dá um desânimo, sabe?! Minha autoestima fica lá embaixo, aí eu fico mal porque ela fica falando essas coisas.

Aí vira e mexe eu pergunto “vocês tão achando que eu tô gorda?”. Lá no trabalho, essa calça tá apertada tô muito gorda, só que tipo assim é o meu jeito né, como é que eu vou querer emagrecer se não paro de comer, eu como igual um (risos), como é que a pessoa vai emagrecer se não para de comer igual uma desesperada.

D- Então você se aceita bem?

F- É eu me aceito... eu não tenho essa coisa de baixo autoestima por causa do meu corpo.

[...]

eu não sou muito vaidosa, ah todo mundo fala “Floribella, coloca uma maquiagem, não sei o quê”, aí gente, eu não gosto de maquiagem, no máximo um batom, tô até sentindo falta do meu batom, mas fica usando máscara lá, cadê meu batom?

D- Quando você se olha no espelho, você gosta do que você vê?

F- Sim...

D- Mudaria alguma coisa ou não?

F- Assim, o nariz não tem como né, vamos aceitar o destino do jeito que ele é, a testa eu já aceitei, herança de família.

Ele parece um tomate, um tomate amassado (...), mas foi o nariz que Deus me deu, não posso fazer cirurgia plástica nem tão cedo, talvez eu nem faça, não gosto de agulhada não. Eu sou assim nariz de bolachinha, mas tá bom.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Araújo (2013), à luz do pensamento filosófico de Platão acerca da relação entre sensibilidade e corpo, refere que o corpo é campo de percepção do sensível, lugar pelo qual a alma se expressa, realiza suas atividades, e que essas sensações passam pela apreciação da razão. A razão é quem toma todas as sensações sentidas (visão, audição, toque ou outros sentidos) como verdade. A composição do sujeito, dessa forma, é atravessada por estas sensações, captadas pelos corpos que racionalizam as experiências.

Mas para além do corpo sensitivo, os sujeitos se moldam pelas interações com outras pessoas. Destas interações, estruturam as percepções e projeções da imagem de si e de outras pessoas ao redor.

A imagem de si, como analisa Macêdo e Andrade (2012, p. 74), “se constitui na interseção sujeito e relações afetivas significativas nos diferentes períodos do ciclo vital e nos diferentes espaços socioculturais”. Como os sujeitos se percebem, em suas características físicas e psicológicas, comportamentos, manifestações dos defeitos e

qualidades, a imagem de si executa papel importante nas tomadas de decisões bem como constitui a construção subjetiva dos indivíduos.

Flor construiu a imagem de si a partir do que foi sentido em seu corpo e das relações que estabeleceu. Parte do que aceitava ou renegava vinha do sentia na pele, o que absorveu da relação com os outros, aquilo que acolheu e carregou consigo e o que já não tinha mais sentido em sua existência:

D- Você por conta do seu biotipo, cabelo, rosto, tom de pele, você acha que você já sofreu preconceito em algum lugar, em algum espaço?

F- Por eu ser gordinha, na minha escola. (...) Ah você é muito gordinha, ah que não sei o quê. Assim, até eu tive comigo mesma, aí eu olhava o meu espelho nossa eu sou muito gorda mesmo. A pessoa fica falando, " - Ah não! Quero alisar o cabelo". Eu sempre tô nessa querendo alisar o cabelo, eu fico perguntando " - meu cabelo tá bom?", " - tá muito alto?", sempre fico perguntando, " - ele tá bom?" (...)

Porque eu sempre fico com esse negócio, essa neura, eu confesso que eu não aceito meu cabelo do jeito que ele é.

D- Você não gosta do seu cabelo cacheado?

F- Não.

D- Você queria que ele fosse liso?

F- Fosse liso...

D- Sempre foi assim?

F- Sempre... não, não sempre foi assim, eu acho que com o tempo ele foi ficando assim, porque quando eu era pequena meu cabelo era lindo, ele era enroladinho, mas era muito lindo(...).

Mas assim, no momento eu não tô aceitando meu cabelo, eu fico em guerra com ele, caraca como é que tá esse cabelo, mas assim (...).

D- Mas você acha que já teve preconceito com seu cabelo por exemplo?

F- Não, só com meu peso mesmo.

D- Mas hoje em dia ou só na escola?

F- Só na escola mesmo, que era zoeira de escola e tal, mas agora o que me incomoda mesmo é o meu cabelo.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Ainda que não tenhamos adentrado uma discussão sobre a identidade racial de Flor, reconhecemos que raça é importante elemento na construção da subjetividade de um sujeito.

Flor se autoidentificou como branca quando perguntada sobre qual era sua cor. Afirmou que não se sentia alvo de preconceito em função da tonalidade de sua pele, mas toda sua referência de preconceito, da imagem que faz de si (nariz, cabelos), está em contestar ou renegar certo estereótipo, que reconhece como herdado de família (ancestralidade). Provocações que ficam e convocam o investimento em estudos posteriores.

Nesta breve apresentação de Floribella, foram resgatados os relatos atemporais daquilo que a tocava, do que acreditava ser a sua essência como sujeito e o que dava significado à sua existência singular. Floribella, sob a ótica dela mesma, foi relato intenso do que é experienciado de dentro pra fora e de fora pra dentro, ciclos das vivências e da construção de si mesma.

7.1.2 “Minha Vida” - A História de vida de Floribella

“Tem lugares que me lembram
Minha vida, por onde andei
As histórias, os caminhos
O destino que eu mudei...
Cenas do meu filme
Em branco e preto
Que o vento levou
E o tempo traz
Entre todos os amores
E amigos
De você me lembro mais”
(Minha Vida - Rita Lee)

A primeira entrevista-encontro com Floribella ocorreu no dia 16 de outubro de 2020, uma sexta-feira, dia de sua folga no trabalho. Havíamos combinado que nossos encontros se dariam sempre neste dia da semana de acordo com disponibilidade do seu tempo.

Lembro do clima ameno, da chuva fina que caía, os tons de cinza de um dia nublado. Fiquei temerosa pela desistência dela em razão das alterações climáticas, mas a motivação pelo encontro, no fim das contas, era de ambas as partes.

Floribella possuía uma jornada exaustiva de trabalho em uma rede de fast food, o que comprometia seis dias de sua semana. Além dos compromissos com o trabalho, tinha de atender às necessidades cotidianas de casa, suas rotinas domésticas estabelecidas com sua mãe.

Esta rotina em muitos momentos foi uma barreira para esta pesquisa. Alinhar a disponibilidade real de Flor ao seu interesse pelos encontros foi uma das maiores dificuldades para o acesso à usuária-cidadã-guia. Muitos foram os atravessamentos no tocante a seus desejos, como a liberdade de escolha e as limitações no ir e vir, que reverberaram durante a pesquisa, alguns impedimentos produzidos no âmbito familiar, pauta de aprofundamento ao longo deste estudo.

Para o primeiro encontro com efeitos de entrevista, acordamos qual seria o local do encontro. Floribella sugeriu que nos encontrássemos em seu local de trabalho, que é próximo tanto de seu território de moradia quanto da unidade de saúde onde nos conhecemos.

A escolha pelo local de trabalho como ponto de encontro me pareceu significar um ponto de segurança ou referência para ela. Apesar da apresentação calorosa anterior, na unidade de saúde, eu não passava de uma pessoa ainda estranha, fora de seu convívio.

Saindo do local de trabalho, seguimos para outro ponto, uma cafeteria, lugar sugerido por mim para que pudéssemos estreitar nossa aproximação.

Escolhi uma cafeteria que encontrei quando fui explorar os arredores do CMS. Queria me conectar com o território por onde Flor se deslocava rotineiramente. Aquelas ruas do bairro de alguma forma já me traziam para perto dela. Muitas andanças e vivências Flor teve por ali, no vai e vem para o trabalho, em direção à unidade de saúde, nos instantes de lazer. Passos marcados no chão.

Por coincidência, ou quisera o destino, encontrei o que parecia ser o ambiente ideal para nossas conversas. Uma cafeteria localizada em rua lateral ao seu trabalho. O local possuía um espaço reservado e acolhedor propício para nossos diálogos. Um achado no meio das andanças de rotina. Um lugar para ser memória nossa.

Dos primeiros diálogos “quebra-gelo” aos trâmites de entrevista, cada palavra trocada pareceu diminuir nossas distâncias nesse processo, inédito tanto para ela quanto para mim.

Antes mesmo do deslocamento ao local deste encontro, tive que elaborar um conteúdo disparador da nossa primeira entrevista, algo que pudesse despertar nela o interesse em falar sobre si e que poderia trazer muitos elementos de sua vida e de como se relaciona com o seu universo particular.

No subterrâneo da cafeteria, entre cafés, sons ambientes e montagens do microfone para as gravações, começamos nossa primeira entrevista. Ouvidos atentos a Flor, propusemos que ela fosse sujeito narrador de sua história. Partimos, assim, no sentido do resgate da sua história de vida.

A experiência individual não é generalizável, mas a aposta neste sentido foi a de valorizar a memória da usuária, o que somente ela pode descrever conforme sentiu, observou e concebeu os fatos de sua vida, a descrição visceral de suas experiências.

Em vista disso, investiu-se em acolher a reconstrução do vivido pela usuária, explorar sua linha do tempo e os vestígios do que lhe marcou e que são latentes, de forma a auxiliar em nossa compreensão sobre quem é Floribella e como ela vive o seu presente. Propiciar espaço à cidadã-guia para se colocar como porta-voz de sua existência.

Floribella, então, detalhou sobre suas origens, desde o território geográfico habitado, passando pelas histórias que sua mãe lhe contou:

F- Então, eu moro no mesmo lugar desde que eu me entendo por gente. No Flamengo, numa comunidade chamada Morro Azul. Fui pra lá bebê, acho que eu ia fazer um ano (...), sempre fui na minha, nunca gostei de bagunça, sempre, desde que eu nasci, porque quando minha mãe trabalhava de entrega do jornal, ela trabalhava de madrugada, aí no começo ela até me deixava com os outros, pagava umas pessoas para ficarem comigo. (...). Ela saía pra trabalhar, então não tinha com quem me deixar, então contratou uns vizinhos pra ficarem comigo, só que esses vizinhos não cuidavam de mim direito, me deixavam assada, eu dormia com o gato. Mas a minha mãe sempre cuidou de mim sozinha, sempre.

D- Você não tem outros familiares, da sua mãe por exemplo, tias, primos?

F- (...) da família da minha mãe eles moram tudo em Belém, eles nunca saíram de lá, porque minha mãe veio pro Rio antes de completar 18 anos, ela veio com a madrinha dela, então ela não tem família aqui, no caso só eu que sou a família dela. E a família do meu pai, eles moram lá pra serra, eu conheço eles, mas...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Grande parte da narrativa de história de vida pregressa da usuária foi formulada pelo que foi experienciado por sua mãe e o que foi dito por ela, suas perspectivas. Flor não era nascida quando a mãe migrou de região. Não esteve lá quando passou pelas situações que a levaram a tomar a decisão de partir. Flor não tem como sentir o que a genitora passou ao descobrir a gravidez. Flor era muito pequena para compreender as dificuldades que a genitora tinha para cuidar de uma criança sem uma rede de apoio presente.

Flor construiu, assim, suas memórias através das memórias de sua mãe. Incorporou a vivência da genitora como parte da sua, vestiu suas emoções, seus pesares. O fato de Floribella fortalecer uma composição de família somente integrada por elas, pode dizer muito sobre a percepção formada e influenciada pela mãe de que sempre, e para todos os efeitos, sempre foram elas sozinhas no mundo.

Demarcar o contexto pelo qual sua mãe passou ao migrar da cidade de origem para o Rio de Janeiro ganhou importância em sua construção de memória. Em outros momentos, Floribella resgatou o que foi vivido por sua mãe, como se demonstrasse

que parte de sua própria história fosse, de alguma maneira, reflexo de ciclos anteriores a ela, situações pelas quais a genitora passou e que foram descritos para ela ao longo dos anos.

Fez questão de frisar em diferentes encontros nossos, o “começo de tudo”, quando se tornou possível a origem da família, e foi quando a história de Floribella se aproximou da minha também.

Os processos migratórios no Brasil não se deram de maneira homogênea ou permanente, tendo seu caráter transitório acompanhado das transformações sociais e de desenvolvimento econômico do país.

Patarra (2003), quando descreve o período de internacionalização da economia associado à globalização no Brasil, compreendido entre os anos de 1980-2000²³, refere que em diversos estudos há um consenso de que neste período ocorreram transformações nos volumes, fluxos e nas características das migrações, tendo em vista a diminuição do crescimento das metrópoles. Houve uma maior predominância de migrações de curta distância e intrarregionais, uma incidência das migrações de retorno, o crescimento de cidades de médio porte e a disposição generalizada de periferias ao redor dos centros urbanos maiores.

Quando verificado como transcorreram estes movimentos migratórios sob o viés do gênero, percebe-se que há distinções importantes nestes fluxos.

Gênero é uma categoria relacional a fim de explicar as diferenças entre os seres humanos. Compreende uma construção simbólica, que não corresponde somente às distinções existentes entre os sexos, mas engloba as relações que se estabelecem socialmente entre eles. Constitui-se, portanto, como criação social, não sendo determinado por uma sexualidade específica (LISBOA, 2002; PISCITELLI, 2004).

Lisboa (2002), no que aprofundou sobre migrações de mulheres de origem cabocla, constatou que o número de mulheres que migram, sozinhas ou com outros familiares, tem aumentando consideravelmente em razão do caráter multidimensional dos papéis atribuídos às mulheres, à exemplo da maior responsabilização pelos filhos e provimento da família.

Estes processos migratórios para as mulheres, representam, frequentemente, a fuga da estrutura social patriarcal a que têm sido submetidas (LISBOA, 2002),

²³ Este recorte de tempo em relação aos movimentos migratórios no Brasil é aqui resgatado por se tratar do período em que a genitora se mudou da região de origem para o Rio de Janeiro.

padrão de estrutura de sociedade que sempre colocou as mulheres na condição de subjugação e desigualdade nas relações pessoais e sociais:

D- A sua família materna, ninguém mora aqui?

F- Não ninguém mora aqui.

D- Todo mundo de Belém?

F- Sim. Eu conheço eles porque quando minha mãe saiu de lá da terra dela, ninguém nunca mais teve notícias dela, só vieram a ter notícia dela depois que eu nasci, aí veio minha avó para cuidar de mim e tal. (...) veio minha avó com minha tia, aí foi que tive contato com parentes dela, (...) tanto que quando minha avó teve que voltar, minha avó e minha tia, eu me apeguei tanto à minha avó, mas tanto, que eu chorei, chorei naquela rodoviária, chorei...

(...) eu converso com a minha tia pelo WhatsApp, aí às vezes ela faz chamada de vídeo e mostra a família toda, ela me manda a foto, aí às vezes eu converso com ela que a situação não está muito boa, aí ela quer que eu vá lá para Belém, eu “tá bom, vou ir aí ano que vem nas minhas férias”, mas só para visitar e volto, porque assim, não me vejo morando lá não, teve uma época, um tempo aí, que eu tava até querendo morar lá, mas eu acho que eu não ia me adaptar lá, talvez porque lá é muito calor e eu não gosto muito, não sei, acho que eu prefiro mais ficar aqui mesmo e seguir minha vida aqui...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

No caso de Floribella, o movimento migratório de sua mãe para a cidade do Rio de Janeiro teve como destino um território periférico, local de residência até hoje, um fluxo recorrente em diferentes gerações populacionais, predominantemente das camadas sociais economicamente mais vulneráveis, quando decidem migrar.

A grande cidade, como descrito por Matos (2005), sob a égide da sociedade capitalista moderna, caracteriza-se como espaço privatizado, segregado e segmentado. É o espelho da flexibilização, precarização e desregulamentação dos mercados de trabalho, território onde coabitam a riqueza e a pobreza e onde se têm destaque as expansões físico-territoriais replicadas no que se reconhece por periferias urbanas.

Algumas consequências trazidas pelo crescimento das periferias, no contexto dos países não desenvolvidos, ocorrem na ordem da acumulação da pobreza e miséria e na piora das condições de vida, no agravamento da violência (MATOS, 2005). Um fenômeno que não é recente e que tem se modificado constantemente na atualidade, a depender da região e das dinâmicas demográficas e os novos perfis de deslocamento populacional.

Na experiência de Floribella, morar em uma localidade periférica, o Morro Azul, não configura barreira para ela como sujeito que se coloca na sociedade:

D- O que é morar no morro?

F- Assim, para mim, não tem diferença se eu morar no morro ou se eu morar no asfalto, não tem diferença o lugar, sim só quando a pessoa fala “ah, você mora lá no morro”, pensa logo em que? Bandido, tráfico de drogas, invasão de polícia, e nem todo mundo é assim, o meu não é assim onde eu moro, não é assim.

Era assim era, era, mas agora tá tranquilo sabe, tem tráfico? tem, em todo lugar tem, mas não tem mais o negócio de invasão, não tem mais tiroteio, a pessoa ficar até tarde fazendo festa na porta de casa e não tem nada disso de invasão, dessas coisas.

[...]

Lá é tranquilo, assim que eu entrei lá não era muito tranquilo, porque tinha troca de tiros toda hora, mas aí entrou a UPP²⁴ lá, e começou a ficar mais tranquilo. [...] Eu já morei em vários lugares ali.

D- Morando de aluguel?

F- De aluguel, eu morei em vários lugares. Logo no comecinho, que era perto da creche, aí depois subi mais um pouquinho, se eu não me engano eu morei em três ou quatro casas.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Flor fez questão de colocar suas impressões sobre o lugar no qual vive, percebendo-se diferente dos comportamentos de outras jovens que residem no mesmo território:

F- Lá onde eu moro as meninas são muito pra frente, têm filho cedo, essas coisas, e eu não sou assim, até pela minha criação, que sempre fui de ficar em casa, então não gosto muito de farra.

D- Sua mãe incentivou você a ficar em casa.

F- Não, eu gostava de ficar em casa porque eu me considero muito caseira, não gosto de agitação, barulho, eu me sinto mal, eu gosto de ficar num lugar mais calmo.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Floribella se assemelhou a mim neste ponto, de que fomos frutos dos movimentos migratórios dos nossos pais, das escolhas de vida deles ao se deslocarem para outros lugares direcionados por projetos singulares para *melhorar de vida* (SARTI, 2011).

²⁴ Unidades de Polícia Pacificadora, uma política de segurança cuja implantação se deu em territórios sob domínio de grupos criminosos, cujo foco estava relacionado “à redução da violência armada e interrupção dos tiroteios, com impactos sobre o restabelecimento da estabilidade das rotinas, a reconquista do direito de ir e vir e, no limite, sobre o exercício da cidadania dos moradores” (RIBEIRO, 2020, p.161). No planejamento, as UPP foram arquitetadas com função político-social de enfrentamento, pelas forças de segurança locais, do poderio do tráfico local para promover certa viabilidade de acessos no território. Ainda que, para quem vive a realidade da periferia estes “panos quentes” ofertaram uma sensação, mesmo que falsa, de estar em um lugar mais calmo e livre, não resolveram os problemas sociais crônicos de base. Ao final, não passou de uma maquiagem de baixa qualidade sobre um chão sujo.

Sarti (2011), quando buscou analisar a noção de família através da categoria “pobres”, traz em seus estudos que a expectativa de melhorar de vida tem relação com a condição de migrante, um símbolo ou idealização predominante nestes grupos.

No caso da mãe, para além de mudanças significativas das condições de vida, Floribella descreveu que no passado, sua mãe passou por outros contextos difíceis que poderiam estar relacionados ao modo como a mãe a tratava. Fragmentos de como Flor compreendia a relação com a mãe desde sempre:

D- Ela te batia quando você era criança?

F- Sempre, sempre, sempre, sempre, sempre...

Assim, porque eu não fui desejada por ela, ela nunca me desejou, nunca, aí quando ela briga comigo ela fica jogando na minha cara que não era para eu ter nascido, eu já sei o enredo todo da história, então...quando ela briga comigo, até sei o que ela vai falar (...) no começo eu ficava até magoada, mas agora eu fico chateada, fico, mas depois esqueço, “ah é o momento”, a mesma coisa, aí depois vai ficar querendo pedir desculpa, vai ficar chorando, a mesma coisa...

D- Mesmo ciclo.

F- Mesmo ciclo, não muda...

D- Você sabe se ela sofreu agressão na vida dela?

F- Então a mãe (avó de Flor) dela sempre cuidou muito bem dela, só que depois que ela arrumou o atual marido dela, padrasto da minha mãe, ela mudou com a minha mãe, queria meio que ela servisse café para o cara e se não servisse o café ela batia, se não fizesse as coisas ela batia na minha mãe, tanto que quem defendia a minha mãe era a avó dela. Minha mãe sofreu muito na infância, o pouco que ela me fala, às vezes ela fica me falando chorando e tal. Assim, eu sei que minha mãe tem esses traumas também da parte da infância dela, mas, assim, às vezes eu vejo que ela quer transparecer em mim, se fez isso vou fazer em você também. Ela não, ela fala: “não faço nem metade do que minha mãe fez comigo, não faço nem a metade em você”.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O passado da progenitora repercutiu tanto na formação deste núcleo familiar como nesta relação parental complexa, um universo desconhecido importante, ainda que não fosse objetivamente o foco da pesquisa.

É inegável que a história de vida de sua mãe contada por Floribella é carregada de contextos e sentimentos que a atingem. Dita por entre entonações doces de voz contrastando com suas afirmações diretas e não-titubeantes, evocam certas experiências familiares, que aos olhos de Flor, ganham relevância nos modos de ser dessa família.

Flor expôs, ao longo de nossa jornada, diferentes características da identidade do sujeito mãe - elaboradas por ela - que agiam sobre suas vivências e que durante muito tempo influíram na formação de sua identidade.

Dessa forma, não poderíamos deixar de destacar a categoria família desta investigação de produção do cuidado.

Família é um conceito amplamente debatido e objeto comum de diversos estudos, seja em relação às suas formas ou suas funções em diferentes tempos e modelos de sociedades.

Recorremos à Gelinski e Moser (2015) que destacam que os estudos brasileiros a respeito da família se dividem em dois grupos. O primeiro grupo retrata as funções e a estrutura das famílias com base na formação da sociedade brasileira, cujo enfoque e a importância se dá pela apreensão da família patriarcal e os desdobramentos advindos dessa concepção de família, a exemplo da organização da vida social e os marcos jurídicos regulatórios no país.

No segundo grupo, ocupam-se com questões relacionadas à provisão das famílias, sua constituição, de maneira ampliada ou em rede, os papéis sociais ali inscritos, a divisão de tarefas domésticas e demandas geracionais (GUEDES; LIMA, 2006; SCOTT, 2006; SARTI, 2005; 2007; SERAPIONE, 2005, apud GELINSKI; MOSER, 2015).

Nos apoiamos neste segundo grupo, em que o que importa são como os papéis sociais se manifestam e modulam, na família, as questões micro e macro que a cercam, como se organiza e se relaciona intimamente e capilarmente com outros espaços e atores, afastando-se do reducionismo histórico do núcleo familiar idealizado que atende ao ordenamento das instituições do Estado e ao funcionamento da lógica de sociedade capitalista.

A família, nas suas mais diversas configurações, constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade (...). Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos (MIOTO, 2010, p.5).

Uma composição de família nunca implica somente o laço consanguíneo. Manifesta-se principalmente em seus elos de afetividade, solidariedade como também de dependência entre seus membros.

Outras memórias importantes de Floribella foram retomadas, como a época da escola, que se revelou um período marcante da vida da usuária-cidadã-guia:

D- E a escola era perto da sua casa?

F- Sim, era perto da minha casa, minha primeira escola, depois que aconteceu isso tudo foi no Brizolão ali na Glória, só que também eu tive problema.

D- Que problema?

F- Esses problemas de não saber me defender, se acontecesse alguma coisa eu sempre era vítima, sabe, numa brincadeira eu caía à toa por problemas nas pernas, aí minha mãe: "ah não! vou tirar ela daqui!". Fiquei lá acho que um ano só, aí com seis anos eu já fui pra escola A. (...) fiquei lá até acabar o ensino fundamental. Foi uma escola que me marcou muito porque todo mundo gostava de mim, os professores, a diretora, eu tinha muitos colegas lá também.

D- Você tem colegas de lá até hoje?

F- Assim, eu tenho contato com duas só, só duas que eu ainda tenho contato pelo Facebook, WhatsApp, só.

D- Você acha que foi o primeiro lugar que você teve amigos?

Sim, porque, eu nunca fui de... eu não tenho amizades onde eu moro. Aí fui pra essa escola, conheci gente nova.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Flor não economizou em lembranças fraternais quando retratou o período escolar. Demarcou a importância deste espaço, mostrando como se deram as interações com as pessoas:

F- Aí depois eu fui pra outra escola que aí eu já comecei a ir sozinha (...) me senti adulta, ah eu vou sozinha pra escola...

Nossa eu lembro da primeira vez que eu fui, eu fiquei, gente eu tô indo sozinha pra escola

D- Mas a escola era perto ou era longe?

F- Era em Botafogo, então não era muito longe, eu ia a pé.

D- Me fala um pouco dessa experiência de ir sozinha pra escola, me conta como foi nessa escola.

F- Então, essa segunda escola, era a escola da bagunça

D- Como assim?

F- Ah, era bagunça no recreio, bagunça dentro da sala, mas eu sempre fui na minha, sempre fui a boa aluna, digamos assim, ficava lá, prestava atenção na aula, não gostava muito de bagunça, até porque eu não conhecia ninguém então eu ficava na minha, aí depois que eu fui aos poucos conhecendo o pessoal, fui pegando amizade, fui conhecer os professores, eu fui me soltando, sai da minha bolha.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Pensando na vida em sociedade e de como as relações em grupo foram sendo construídas, diferentes contextos transcorreram para o estabelecimento de pactos sociais entre os indivíduos, regras para a convivência de onde emanaram necessidades e divisões em papéis sociais.

As evoluções societárias se direcionaram para a institucionalização da vida, tendo a educação escolar, isto é, a desenvolvida na instituição escola, um importante papel no processo de socialização dos indivíduos, configurando-se em uma espécie

de rito de passagem deste indivíduo para a coletividade, dos interesses comuns a todos desta coletividade. Na relação dialética entre homens e o mundo social um age sobre o outro de forma recíproca, um atuante sobre o outro, e neste processo a escola é concebida legitimadora e transformadora na dinâmica da máquina social (GELATI, 2009).

A escola, para Flor, era uma memória viva que pulsava boas recordações. Vivências e sentimentos que foram produzidos nestes períodos e que de tão expressivos tornaram-se a tônica do nosso primeiro encontro.

Talvez pelo tempo recente do término desse período da vida de Flor, uma jovem de 23 anos, a escola ainda soa como um lugar de boas lembranças. Não caberia outra dinâmica se não nos atentar que, ao resgatar essas lembranças, falar sobre esse tempo evocou felicidade na usuária-cidadã-guia.

Como movimento de dobra, no mesmo momento em que a ouvia, me percebi revisitando meu próprio passado, aquilo que foi bom, as experiências compartilhadas. Nós, naquele instante, revisitamos essa fase vivida em épocas diferentes, mas semelhantes nas intensidades. De fato, assim como Floribella, recordar o tempo da escola me trouxe saudosismos:

D- Algum lugar que você ia no passado gostava de ir, que você se sentia bem, e que hoje você não vai nesse lugar?

F- A escola (risos). Sério, todas as escolas que eu passei (...), sempre me senti bem nas escolas que eu passei, e às vezes eu penso, eu me lembro, e aí dá saudade, aí eu tenho vontade de voltar no tempo e ser criança de novo só por estar na escola. Não que eu era uma menina estudiosa, assim, eu era em algumas matérias, né? Mas nem todas. Mas eu sinto saudade das pessoas, das minhas professoras, dos meus colegas, de estar no recreio. Na época que eu estudava na escola A., que a gente tinha uma época do ano que a gente tinha ensaio de música para apresentar no evento que tinha, eu sempre sinto saudade disso, às vezes eu lembro, vejo fotos, procuro uma ou outra pessoa da época no Facebook, mas nem sempre eu acho.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

7.1.3 “Pescador de Ilusões” - A trajetória terapêutica da usuária-cidadã-guia

“Se meus joelhos
 Não doessem mais
 Diante de um bom motivo
 Que me traga fé
 Que me traga fé
 (...)
 O mar escuro
 Trará o medo
 Lado a lado

Como assistente social inserida no campo da saúde mental, por meio dos atendimentos e acompanhamentos institucionais prestados, desfrutei da oportunidade de ser ouvinte das histórias de vida dos usuários, nas suas diferentes retrospectivas narradas, muitas vezes marcadas, dentre outros recortes, pela trajetória terapêutica de cuidado em saúde.

No interior da linha do tempo da vida de cada usuário, estão contidas lembranças e marcas das situações que viveram e os espaços que buscaram para o acolhimento e resolução de suas enfermidades/problemas de saúde.

A respeito do usuário em sofrimento psíquico, este não se restringe à procura de ações ou atendimento das necessidades somente do âmbito da saúde mental.

Guarda em sua história diversos percursos terapêuticos de busca de cuidado em saúde que se entrelaçam com suas experimentações de vida, percursos não limitados ao cuidado em saúde mental.

Feuerwerker (2016) descreve que os usuários têm um papel ativo na produção do cuidado em saúde, que estão no “comando de suas vidas”.

Considerando que o cuidado requer encontros entre sujeitos, nestes encontros produtores de cuidado os usuários fazem escolhas porque estão ativamente neste processo, embutindo seu modo de ser e suas expectativas.

Os indivíduos quando diante dos problemas de saúde, se deparam com uma rede complexa de escolhas possíveis de tratamento. Na maioria das vezes, esta gama de possibilidades é ofertada pelas instituições/profissionais, pois na relação usuário-trabalhador há sempre disputa, pontos de vista, possibilidades de controle por parte dos trabalhadores sobre os usuários. E além destas disputas de poder, a produção do cuidado acontece a depender da ideia de saúde e doença operadas pelos trabalhadores e a maneira como empregam as diferentes tecnologias que envolvem o trabalho em saúde (FEUERWERKER, 2016).

Floribella nos presenteou com sua trajetória e os deslocamentos que fez para buscar atenção às suas demandas de saúde, com narrativas moldadas, predominantemente, por memórias secundárias - parte do que sabe destes percursos são memórias ditas pela mãe:

F- Quando eu nasci eu tive problemas.

Assim que eu nasci me levaram pra tomar uma vacina, tipo um soro, aí desse soro eu peguei infecção hospitalar, que eu nasci na Maternidade X., e na época era muito precário lá. Aí eu peguei infecção, fiquei internada.

D- Você nasceu de parto normal ou cesárea?

F- Foi cesárea.

D- Tudo isso sua mãe que te contou?

F- Sim, tudo a minha mãe me conta, porque assim, ela não me esconde nada, eu sei de tudo, aí eu peguei infecção, quase perco meu braço, tanto que eu tenho cicatriz, porque fizeram enxerto, porque abriu aí pegaram um pedaço da pele da minha perna e colocaram aqui.

Eu fiquei sem falar por muito tempo, eu não comecei a falar como as outras crianças normais, não andava até um certo tempo, minha mãe sempre cuidou de mim sozinha porque meu pai me abandonou, abandonou nós duas no caso.

Ela sempre cuidou de mim, me levava no hospital pra fazer tratamento.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Não se sabe se estes caminhos de busca pelo cuidado em saúde foram mobilizados pela mãe ou se foram ofertados pelo sistema de saúde - a cada novo problema, um encaminhamento. Com a fala de Flor captamos algumas situações de saúde pelas quais ela passou, tendo a mãe sempre à frente das situações para, literalmente, salvar a vida da filha, e todos os desdobramentos de uma infância vivida com os resquícios destes acontecimentos.

De início chama a atenção a especificação da maternidade, que Floribella refere como um lugar que era precário. A maternidade onde nasceu a usuária-cidadã-guia integra o SUS. Para Flor, a precarização deste serviço, na época do seu nascimento, foi determinante para a situação que enfrentou. Ainda que sejam relatos resgatados pela memória dita à ela pela genitora, Flor acredita que o que passou, em parte, foi consequência da estrutura do serviço de saúde, do seu sucateamento.

Pensando na linha cronológica das políticas de saúde, nos diversos contextos territoriais e de como se expressou a implantação e expansão da atenção em saúde, o Rio de Janeiro foi campo uma multiplicidade de eventos, tamanha a importância histórica que a cidade teve para o Brasil (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). Nesta cidade se experimentou diferentes modelagens de saúde até culminar no que apreendemos do SUS, do plano idealizado à realidade concreta.

Tratando-se da rede básica de saúde, tanto o surgimento quanto a consolidação da rede de Postos e Centros de Saúde no país, antecederam o campo da APS. Portanto, toda essa organização e modos de operar do sistema sanitário do município do Rio de Janeiro, passou por mudanças considerando os diversos

períodos históricos, contextos políticos, técnicos ou administrativos (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

O ano de nascimento de Flor, 1997, compreendeu um período histórico de municipalização da rede pública federal de saúde, além de agregar a concepção do Programa Saúde da Família (PSF) (CAMPO; COHN; BRANDÃO, 2016).

Se com a proposta do SUS, predominantemente se apostou na (re)construção da rede básica e expansão deste modelo de atenção como reordenador da assistência, pouco se avançou na governabilidade e reformulações dos serviços especializados/hospitalares, que passaram a atender uma gama maior da população dentro da perspectiva da universalização do acesso ao sistema de saúde.

Bertussi, Feuerwerker e Luvison (2016, p. 358) demarcam esta questão ao discorrerem que

[...] no geral, sem política, isolada dos demais serviços, a atenção especializada se transformou no principal gargalo do SUS. Filas gigantescas. Ausência de critérios públicos na montagem das filas (ao contrário dos transplantes). Produção de lógicas próprias que favorecem os próprios prestadores de serviços.

Não sabemos se o caso de Floribella efetivamente decorreu de falhas humanas ou do aparato tecnológico-estrutural. O que se sabe e foi apresentado a mim pela usuária-cidadã-guia, foram as experiências que a marcaram profundamente no percurso inicial de vida.

Flor, dentro da sua lógica sequencial dos eventos que a marcaram, discorreu acerca dos momentos posteriores à internação. Uma cadeia de necessidades de saúde e os caminhos e recursos que acessou:

(...) eu fazia (tratamento) na ABBR (Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação) (...) aí fiz na ABBR, também fiz no Hospital da Lagoa, num hospital que tem ali na Oswaldo Cruz, eu esqueci o nome é... Fernandes Figueira... e fiz também ali perto do Rio Sul, tem um hospital que acho que agora tá abandonado, São Zacarias. Eu fiz psicólogo lá também, por conta do abandono do meu pai tive que passar por acompanhamento. (...) eu me lembro vagamente que eu ia lá.

[...]

D- Você ficou quantos anos nesse acompanhamento?

F- Olha eu não lembro muito mas eu acho que eu não fiquei muito tempo não, porque assim que eu comecei a fazer o tratamento eu fiquei usando bota, a bota ortopédica, aí fiquei usando, eu usava para tudo, eu tenho até uma foto que eu tava com essa bota, só que depois a minha mãe se descuidou porque era só ela sozinha, ela tinha

que trabalhar de madrugada e tal ela acabou deixando para lá, esse negócio do meu pé e tal, aí acabou que aos poucos eu fui parando de ir nos hospitais

D- Você fez fisioterapia?

F- Fiz lá também, aí acabei, mas aos poucos, como ela não tinha tempo e tal, acabei aos poucos, não fui indo mais...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Uma situação de saúde experienciada por um usuário pode demandar uma complexa articulação de serviços e recursos do sistema de saúde de maneira extensiva e duradoura.

Na trajetória terapêutica de Floribella, tanto as problemáticas de ordem físicas - infecção hospitalar e seus desdobramentos - quanto os emocionais - abandono paterno - exigiram o aporte da rede de atenção à saúde, de forma que esta ofertasse tecnologias de apoio e resolutividade dos problemas.

A complexidade de necessidades desencadeadas no pós-internação, neste caso, escancarou a essencial articulação que deve se estabelecer no sistema de saúde, dos seus recursos humanos e tecnológicos, alinhados e potentes, para o restabelecimento da saúde e da produção de autonomia dos indivíduos.

Por essa trajetória na vida de Flor ter ocorrido quando ela tinha pouca idade, não concebemos se nestes itinerários ela foi submetida a uma produção de atos de saúde “procedimento centrada” ou “usuário-centrada” (MERHY, 1998). Flor resgatou as instituições e tratamentos que fez uso sem externar qualquer avaliação dos mesmos. Talvez porque os percalços passados, como era criança, tenham sido percebidos muito mais pela mãe, a responsável por buscar estes locais de assistência.

O que foi forte e potente dentro de sua narrativa foi de como essa vivência a fortaleceu, o sentimento de triunfo diante do risco iminente de vida que passou. A representação clara de que tudo que foi vivido ficou no passado e que as sequelas não eram impeditivas para sua vida presente. O tempo se encarregou de amenizar e valorizar estas caminhadas pela sobrevivência:

D- Você acha que essa questão da sua dificuldade de falar, andar, reabilitação que você passou, está atrapalhando a sua vida social?

F- Não...

D- Você tem alguma dificuldade hoje em dia para andar...

F- Assim, eu não consigo correr, eu não corro normal, eu corro meio torta, é estranho, tanto que eu não gosto muito de correr, quando tinha na escola pique pega e essas coisas eu não gostava muito não porque não sabia correr rápido, como as pessoas normais correm, mas isso não me afeta.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Floribella tem uma cicatriz no braço esquerdo, o braço da dor e da luta pela vida. Um dos questionamentos que fiz a ela foi de como aquela cicatriz poderia carregar um trauma ou ser motivo de incômodo estético e até mesmo barreira em sua sociabilidade:

D- E a cicatriz?

F- Já me afetou bastante na escola porque eu sofria bullying, “ah, Floribella que cicatriz é essa?”, eu não sei o quê, aí eu sempre falando que deixei cair água fervendo no braço, não sei o quê, sendo que era um menino que fazia bullying comigo que tinha uma cicatriz pior do que a minha, eu lembrei disso agora porque eu nem lembrava.

Ele e a cicatriz dele, era pior do que essa aqui minha, ele estava fazendo bullying comigo, mas depois eu fui crescendo, fui crescendo, aí eu, ah! se eu não tivesse essa cicatriz provavelmente não lembrasse, é melhor ter cicatriz do que ter ficado sem braço, então deixa ela aí.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Flor, como em outras ocasiões de nossa jornada juntas, me fez desconstruir falsas suposições. Obrigou-me a repensar meu posicionamento diante das situações pelas quais passamos em nossa existência. Através de sua história, nestas circunstâncias de vulnerabilidade vital, mostrou que as experiências podem ser campo de ressignificações. Flor, sem saber, ao dar outros sentidos ao que viveu, me fortaleceu.

7.2 A REDE DE CONEXÕES EXISTENCIAIS: ESPAÇOS, SUJEITOS E MOVIMENTOS DE UMA PRODUÇÃO DE CUIDADO COM O OUTRO

“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si
 É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
 É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz
 É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós
 (...)”
 Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu
 É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
 É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações
 E assim ter amigos contigo em todas as situações”
 (Ana Vilela - Trem-Bala)

Neste trecho da caminhada, orientada pelo acompanhamento “fora dos muros” do serviço de saúde, no que toca um dos propósitos desta pesquisa, apresentamos as capturas do que reconhecemos como rede de conexões existenciais da usuária-cidadã-guia.

Na proximidade com a realidade de vida de Floribella, de modo a apanhar elementos integrantes de sua produção de cuidado, promovemos entrevistas-encontros que, espontaneamente, manifestaram algumas das pessoas e lugares importantes em seu contexto atual de vida. Figuras atuantes nos seus modos de andar na vida, de se relacionar e se afetar.

Uma produção de cuidado não se faz a sós, sendo nós, seres humanos, seres sociais. Não existimos sem os outros, sem interações e sem a possibilidade do suporte, do refúgio. Seria como aprender a andar sem ter onde apoiar. Caímos.

Flor teceu suas redes e estas redes teceram Flor. Assim, empenhamo-nos em dar visibilidade a estas conexões, a rede ativa e singular desta cidadã-guia.

7.2.1 Família

Para Deleuze e Guattari (2012), nós, indivíduos e sociedade, somos constituídos e atravessados por linhas, segmentarizados. O que vivemos, como vivemos, com quem nos relacionamos, tudo é segmentado.

Nos segmentarizamos em ser homem ou mulher (binariamente); as ocupações cotidianas (circularmente); os processos vividos, como a inserção na escola, as transições no âmbito da família (linearmente). Somos linhas de desejos e de acontecimentos.

Aqui voltamos a um segmento sensível na vida de Flor, a sua família.

Em uma ponta desta linha, a família era sua fonte de potência e suporte em diferentes eventos de sua vida. Visto da outra ponta, era quem fabricava seu sofrimento - cenário de discussão posterior.

Sob o aspecto da família como rede viva da usuária, esta se mostrou como suporte e proteção de Floribella. Ao retratar a família, nos voltamos novamente para a figura da Mãe (em maiúsculo, nome próprio, força independente):

D- Quem é a principal rede de apoio na sua vida?

F- A minha mãe (risos), mesmo ela sendo carrasca comigo, briga comigo por qualquer coisa e tal, ela que tá aqui comigo para me ajudar quando eu precisar, por exemplo, quando eu tive luxação no joelho três vezes, foi ela que me ajudou, ela que estava ali comigo, me dava banho, me ajudava no que eu precisava, quando eu precisava me deslocar de um canto para outro ela me ajudava.

É só eu e ela, a verdade é essa, mesmo ela sendo desse jeito comigo, é a única pessoa que eu posso ter certeza que vai estar do meu lado.

D- Seu pai não?

V- Não, nem o meu pai, no máximo vai me ligar para perguntar como é que eu tô, mas não vai nem aparecer lá.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Família é o meio que se funda sob inúmeras configurações e maneiras de existir. Flor tem claro o entendimento de quem compõe sua família, seguindo o referencial do amparo, do cuidado. Sua família se forma junto de sua mãe. Uma família concebida por dois indivíduos, um com o outro, um pelo outro, na afetividade e nas divergências.

Floribella foi apresentando aos poucos outros sujeitos que se relacionaram com a sua história, como os familiares maternos, a figura do pai e seus irmãos paternos. Entretanto, foi a figura da mãe, do cuidado recebido por ela ao longo de uma vida, que fez questão de expor e enaltecer:

F- Minha mãe sempre cuidou de mim sozinha, sempre, sempre...

E aí depois desse episódio dos vizinhos e tal, ela me colocou na creche, só que como eu tinha esses problemas todos, eu não sabia me defender, as crianças sempre me mordiam...

Então minha mãe “não” Então com 2 anos e meio ela me deixou sozinha em casa pra ir trabalhar...

Ela “vou deixar minha filha com Deus”, porque se deixar com os outros...

Aí eu fiquei sozinha desde então, ela saía pra trabalhar e eu ficava sozinha.

[...]

D- Nem na creche, nem com vizinhos?

F- Sim, ficava em casa mesmo...

D- Mas era de manhã, o dia inteiro?

F- Não era só na madrugada, por que como ela entregava jornal, era sempre de madrugada

D- E você ficava dormindo?

F- Sim, eu ficava dormindo, quando ela chegava eu ainda estava dormindo, eu sempre fui boa de sono

D- Então ela saiu daquele emprego de entrega de jornal?

F- Sim, porque ela sofreu um acidente no joelho dela, entrou pro INSS²⁵, aí até hoje ela não voltou mais. Aí ela começou a trabalhar de novo como empregada doméstica.

D- Então antes do jornal ela era empregada doméstica, aí foi entregar jornal...

F- Não, assim, ela entregava jornal e era empregada doméstica, as duas coisas pra me sustentar.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Flor, ao retratar sua infância, tornou clara as dificuldades e desafios que sua mãe teve com a maternidade, assumindo exclusivamente a provisão de seu cuidado

²⁵ Instituto Nacional do Seguro Social.

e o exercício das responsabilidades parentais, sem o suporte de outros familiares e com a ausência paterna.

Quando retratou a infância, demonstrou agradecimento e valorização pela presença da mãe, por tudo que ela pôde fazer dentro do que lhe foi possível. Um reconhecimento dos papéis que sua mãe desempenhou em diferentes momentos de sua jornada de vida, principalmente nas questões mais difíceis que surgiram:

(...) a minha mãe nunca desistiu de mim, de me fazer a andar, de me fazer falar, ela nunca desistiu disso, de me tornar uma criança saudável, uma criança normal (...).
(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Sarti (2011) incorpora em seu trabalho a compreensão de família como um tipo de relação, cujas bases que a fundamentam são as obrigações morais, ou seja, as finalidades, os papéis atribuídos e os projetos a cumprir. A família, como ordem moral, é atribuída a função de dar, receber e retribuir continuamente. Uma referência simbólica - quando apreendida nas camadas pobres²⁶, uma forma de expressão que utilizam para traduzir o mundo social e os significados do que vivem dentro da família e fora dela.

Resgatamos, nestes termos, o que pôde traduzir, além do aspecto estrutural, os sentidos que Flor atribuiu a sua vivência em família. Um modo de se portar na vida, a existência em elo, uma relação partilhada de sobrevivência. Elas por Elas.

Assim, neste contexto, o que melhor traduz essa estrutura familiar, conforme a narrativa da usuária, é a concepção de família monoparental com recorte de gênero, a maternidade solo.

A instituição família, dentre tantas apreensões, é percebida como espaço afetivo e de relações substanciais à vida dos indivíduos, de forma “que assim desenvolvem o sentido de pertencimento de um campo relacional propulsor de relações includentes na própria vida em sociedade” (SANTANA, 2014, p. 1225).

A composição desta família é representativa da composição de família monoparental. Tem-se a família monoparental como fenômeno crescente decorrente das transformações nas estruturas familiares ao longo do tempo.

²⁶ A autora, ao realizar seu estudo sobre família, o direciona para um segmento de população que atribui como categoria pobres.

Extrapolando o modelo tradicional de família, na sociedade brasileira tem se avistado transformações tanto nas composições das famílias como nos papéis de seus membros e os sentidos atribuídos às relações estabelecidas.

No Brasil, estas mutações nas estruturas de família, no âmbito jurídico, legitimaram-se com o reconhecimento constitucional da família como entidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes e cujos direitos e deveres conjugais são exercidos pelo homem e pela mulher igualmente (artigo 226 § 4 e 5).

Mas as famílias monoparentais não necessariamente dependem da composição genitor-filhos dependentes ou menores de idade, como também independe do estado civil do pai ou da mãe.

O que há, ainda, é a omissão em garantir os direitos deste formato de família. Mesmo diante do reconhecimento como entidade familiar, não houve mudanças no plano da regulação dos direitos da família monoparental, mesmo estas ocupando um espaço significativo na realidade social em nossa sociedade, principalmente porque sua composição é majoritariamente feminina (SANTANA, 2014).

A conceituação “mãe solo” é recente e produto de luta pelo reconhecimento do papel feminino em uma família monoparental. A incorporação deste termo vem da superação a conceituação “mãe solteiras”, a forma de denotar os arranjos familiares em que a mulher é a única responsável pela manutenção e cuidado dos filhos.

Borges (2020) aponta que a designação “mães solteiras”, como eram conhecidas as mães solo, é proveniente da sociedade machista e patriarcal do século XX, período em que a mulher possuía seus direitos (civis, sexuais e reprodutivos) subjugados ao marido. Essa expressão reforçava a conjugalidade como um fator indispensável à maternidade feminina.

Algumas alterações no âmbito legal, a exemplo do Estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4.121/1962), Emenda Constitucional do Divórcio (EC 9/77) e a Lei do Divórcio (Lei 6.515/77), Constituição Federal de 1988, Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) e o Código Civil de 2002, corroboraram para a emancipação feminina e para a expansão do conceito de família para além do relacionamento conjugal (BORGES, 2020).

Mães chefes de família, sem a condicionalidade conjugal, apresentam uma parte expressiva das configurações de família em nosso país. Segundo o Censo Demográfico realizado pelo IBGE (2010), 87,4% das mulheres sem cônjuge, com

filhos, são as responsáveis pela família. Os dados da realidade, portanto, tornam esta pauta relevante para discussão.

As mães solas são mulheres que, diante da ausência da presença paterna, se encarregam, exclusivamente, pela garantia do cuidado dos seus filhos. São as responsáveis pela manutenção da vida dos filhos, dos afazeres domésticos e de outras atribuições, não tendo estas atividades reconhecidas como trabalho.

o trabalho de cuidado que é atribuído às mulheres em relação às tarefas domésticas, a criação dos filhos, o cuidado com os idosos, apesar de integrar substancialmente a carga de trabalho semanal das mulheres, não é tido como trabalho propriamente dito, posto não ser dotado de valor de trabalho, notadamente por ser historicamente desenvolvido pelas mulheres no seio de uma sociedade patriarcal (BORGES, 2020, p. 9).

Não sabemos se a maternidade exercida pela mãe de Flor reluziu contentamento ou se foram veladas suas dores e pesares. O que soubemos, dito por Flor, foram os atravessamentos, o que ecoou e o que ela sentiu e ressentiu nessa vivência mononuclear de família.

7.2.2 Relações afetivas - amor e amizades

“Amor: Sentimento afetivo; afeição viva por” (AMOR, 2020); “Amizade: Sentimento de afeição, de estima, de dedicação recíproca entre pessoas” (AMIZADE, 2020). Na conjunção destes dois sentimentos, uma interseção: o afeto.

Deleuze (1978), ao trazer o pensamento de Spinoza, afirma que o afeto é variação contínua da força de existir de alguém, na medida em que essa variação é determinada pelas ideias (pensamentos representativos) que ele tem. O afeto não se reduz às ideias, mas é determinado por elas.

Se somos seres pensantes, que processam ideias que mudam constantemente conforme nossas caminhadas e encontros existenciais, estamos constantemente afetando ou sendo afetados por algo. Conforme as variações sucessivas de ideias, nossa força de existir pode ser aumentada ou diminuída, produzindo boas sensações ou não. Portanto há constante presença do afeto, mas este não é linear nas formas de expressão ou nas sensações provocadas.

Se concordamos que existe uma relação da ideia com o afeto, o afeto então permeia as relações amorosas e de amizades entre os indivíduos. A depender da

significação que dá ao outro ou à relação que se quer ou tem com o outro, o afeto pode ser reduzido de felicidade e diminuído nas intensidades.

Com Flor, ao oferecer atenção e sensibilidade para a escuta, percebeu-se que suas narrativas de vida eram carregadas destas micro relações de amor e amizade, dispostas a se tornar conhecidas como páginas do livro de sua história de vida, onde estão contidas as pessoas que a marcaram e os caminhos percorridos até ali.

Quando se autodeclarou como mulher amorosa e sentimental, Floribella retratou a importância que tiveram as relações de amizade e de amor, as trocas de afetos, os momentos compartilhados e as aprendizagens que absorveu:

D- E para você se sentir bem, quais são as pessoas que você procura?

F- O Z. que é um amigão, eu não considero mais ele um gerente, considero ele um amigo porque desde o momento que você fala da sua vida com uma pessoa, aquela pessoa já é uma pessoa com vínculo, não é um desconhecido, já é um amigo. Tem mais amigos lá no trabalho também que eu confio muito neles.

D- Se precisar de alguma ajuda?

F- Eu converso com eles, me dá um conselho e tal (...) eu escuto eles e tal, mas eu fico na balança (...) minha mãe pensa que eu vou na cabeça dos outros.

(...) pessoas de escola não tenho muito contato, é só do trabalho mesmo.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

As referências de amizade de Flor entrecruzam passado e presente. Flor resgata em suas memórias as amizades que construiu em outras épocas da vida:

D- Você fez amigos nesta escola?

F- Sim, fiz amigos, mas eu nunca gostei de ir na cabeça dos outros (...)

[...]

D- Você tem contato com amigos do ensino médio?

F- Tenho.

D- Mas de chegar a se encontrar?

F- Não, não, só por rede social mesmo, por rede social que eu vejo o que que tá acontecendo (...).

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Nesta cartografia, conseguimos acompanhar o desabrochar do primeiro relacionamento amoroso da usuária-cidadã-guia. Uma relação de amizade que se metamorfoseou em amor.

Rossi (2013) afirma que a abrangência de modalidades em que se cria e emprega o termo 'amor', reafirma o caráter universal e abstrato pelo qual foi conferido,

podendo ser empregado em qualquer relação. Entretanto, há predominância do uso da palavra amor no sentido das relações de caráter afetivo-sexuais.

De antemão, não se pretende abrir neste estudo o debate teórico-conceitual a respeito do termo amor e sua simbologia, tendo em vista a amplitude de questões que o cercam, as diferentes apreensões culturais e os diferentes contextos nos quais é usado.

Não queremos restringir a uma única *vista do ponto*²⁷ (MERHY, 2013) de maneira a legitimá-lo ou sobrepô-lo a outras concepções. Nos ancoramos, ainda que pareça simplista, à perspectiva do amor relacionada ao exercício do afeto, à experiência emocional e subjetiva, uma vez que esta perspectiva melhor compreendeu os fenômenos aqui relatados. Nos interessamos pelos acontecimentos e seus efeitos.

Portanto, quando nos atentamos aos primeiros sentimentos e indagações de Floribella sobre a relação amorosa que surgia, de certa forma, nos integramos à sua vida íntima, em ato:

F- Tem um menino lá que ele gosta de mim...

D - Onde?

F- Lá no trabalho... ele gosta de mim, assim, no começo eu pensava que era sei lá, zoação, esses meninos do trabalho gostam de ficar zoando, mas aos poucos ele foi me demonstrando que se importa comigo, que gosta de mim de verdade, só que eu não gosto dele, sabe... eu não gosto, já falei isso pra ele, eu tive que usar a mesma frase que falaram pra mim (risos), que eu só via ele como amigo (...), tipo, tem algumas coisas nele que tá me preocupando porque ele tem depressão, sabe, e ele fica postando coisas no status dele que eu fico preocupada (...), mas tipo, antes disso, eu já tinha falado pra ele que ia dar uma chance pra ele.

D- Mas você quer dar uma chance pra ele? Você está realmente interessada, se pode ter alguma coisa com alguém ou porque você está sentindo pena?

F- Não é pena, antes disso eu não sabia que ele tinha depressão, não sabia, eu já tava com isso na cabeça de dar uma chance pra ele (...). Eu não posso ajudar ele, mas eu tô procurando quem possa ajudar ele, porque se ele fizer alguma besteira acho que não vou me perdoar não, não sei, então tô tentando ajudar ele.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

²⁷ Merhy (2013), discorre em relação sobre as percepções que cada um tem, o modo como cada um compreende o que o cerca, tem sua própria verdade. Usa como exemplo um objeto (garrafa) que ao olhar temos a mesma vista do ponto, mas podemos divergir de pontos de vista sobre esse mesmo objeto. Trazendo para o mundo dos serviços, no encontro entre usuários e trabalhadores, a cada vista do ponto há “verdades” a elas vinculadas, vários regimes de verdade se encontrando e em disputa.

Parte dos eventos surgidos na vida de Floribella, na ordem do relacionamento amoroso, vão ecoar no cotidiano do mundo do trabalho, no interior da vida familiar, nas mudanças de comportamento e na reconstrução de Flor como sujeito e mulher.

Flor adiou essa aproximação amorosa com receio dos julgamentos da mãe, medo de mais uma negativa aos seus pedidos, medo de ter que confrontá-la para seguir com seus desejos:

(...) esse negócio do Fred, eu não tenho coragem de falar com a minha mãe agora, sabe, sei que vai ter um momento que eu vou falar com ela, mas assim, eu até tenho vontade de falar “mãe tem um garoto no trabalho que gosta de mim, quer conhecer ele?”, o próprio Fred já falou comigo que quer conhecer minha mãe, olha o avanço. Mas assim, eu tenho medo da reação dela, medo disso dele, tá, eu apresentar eles dois e tal e quando tá só eu e ela “não gostei desse garoto”, isso que eu tenho medo.
(ENTREVISTA COM A USUÁRIA CIDADÃ-GUIA)

Quando sua vontade se sobrepôs ao que considerava um risco, entregou-se à liberdade de viver o relacionamento e todas as experimentações que viriam. Das relações afetivas, a amorosa teve destaque por, neste momento da vida, provocar em Floribella mudanças drásticas em suas emoções e comportamentos:

F- (...) e mais recente é isso do meu namorado (risos)
Demorou para gostar, né, bastante (risos), mas eu tô criando sentimentos por ele já... Tipo eu não tô vendo ele como amigo, colega de trabalho, já tô vendo ele com outros olhos, assim vai demorar um pouco para eu gostar dele na mesma intensidade que ele gosta de mim, vai, mas não é impossível, não é impossível, daqui a pouco eu vou estar aí apaixonadíssima (risos).

D- O que você acha que já mudou na sua vida de ter ele presente, assim?

F- No trabalho, mudou muito, porque eu era muito estressada, com qualquer coisa, em casa já me estresso, aí eu não posso explodir em casa eu acabo explodindo no trabalho esses dias eu tô menos estressada, tô mais feliz, e até dá para ver no meu semblante “Floribella está feliz”.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Outros acontecimentos íntimos desta relação que surgia, soubemos de forma inesperada e um tanto constrangedora, através do relato de sua mãe, nos poucos contatos (telefônicos) que tivemos - pausa para uma (de tantas) interposição ocorrida durante a pesquisa de campo.

Já ao final da pesquisa de campo, na tentativa de contato com a usuária-cidadã-guia para que pudéssemos marcar um último encontro, fui surpreendida com o desabafo da genitora sobre os últimos acontecimentos na vida de Flor, algo a que

atribuiu profunda preocupação alternada com desespero: o princípio da vida sexual da filha.

Longe de se tentar discursar sobre quais os rebatimentos a iniciação da vida sexual de uma pessoa têm para o relacionamento parental e sob que contexto ele desencadeia conflitos. Mas, tratando-se deste laço materno, os contornos daquilo que “fugiu à regra”, escancararam ainda mais os dilemas enfrentados por Flor no meio familiar.

Como descrito por Foucault

O sexo, razão de tudo. Não há por que colocar a questão: porque o sexo é assim tão secreto? Que força é essa que, durante tanto tempo, o reduziu a silêncio e mal acaba de ceder, permitindo-nos talvez questioná-lo, mas sempre a partir e através de sua repressão? (Foucault, 1988, p. 75-76).

O amor, seja qual for, é desejo de vida, diz respeito à vontade, à afetividade, à intimidade, à troca. Se inscreve como projeto de existência. Mais ainda, se pensá-lo como componente das experiências vividas pelos indivíduos nos seus processos de saúde-doença-cuidado, diz respeito ao projeto de felicidade (AYRES, 2007) buscado por cada um.

Se o amor é íntimo, singular, o que será, afinal?

Ah, é tá com a pessoa que a gente gosta, que respeita a gente, que ame a gente sabe, do jeito que a gente é, sem tirar nada, ah não gosto disso em você, porque assim, num relacionamento a gente tem que se aperfeiçoar ao outro, ah você é assim tá bom, tá vamos conversar, tem como você melhorar um pouco, não é mudar a pessoa, é tentar aperfeiçoar ela no que ela tem de bom, tipo, é isso, por exemplo eu sou muito paradona, ele já vai lá mete a mão, faz não sei o quê, e eu sou meia marcha lenta, ele quer me mudar nisso, e só pelo esforço dele, eu vendo, eu vou querer mudar também (...)

Você não tem que mudar pela pessoa, você tem que mudar por você, eu não sou assim “ah Floribella, muda nisso, que não sei o quê”, tá eu vou mudar, mas tem que ser por mim.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

A formação deste relacionamento amoroso foi, sem dúvidas, um dos eventos mais valorosos desta caminhada conjunta. Nesse nicho da vida da usuária, partilhamos suas descobertas. Descobrimos o novo juntas. Vi Flor florescer.

De começo tímido e despretensioso, amar se tornou sua atitude de rebeldia para uma existência com notas de felicidades. A ruptura do controle materno, o

rompimento do cordão umbilical, que em certa medida tem se firmado como fabricante de sua dor. O palco de novos prazeres e sensações. Seu ato próprio de cuidado e de transformação gradativa da vida.

E ali, ao acompanhar estas metamorfoses, me vi cúmplice de segredos íntimos, das experimentações do novo. Voltei no tempo e me teletransportei para minhas memórias. Percebi que no campo dos afetos, das relações, ecoam necessidades a serem compreendidas e compartilhadas quando nos colocamos disponíveis a ouvir, a acolher.

7.2.3 Trabalho

A categoria trabalho, sem objeções, sempre foi objeto de intenso debate, sob distintas perspectivas ideológicas e conceituais situadas historicamente.

Uma importante referência da categoria trabalho que trazemos é a do pensamento marxiano. Para Colmán e Pola (2009), Marx caracteriza o trabalho como interação do homem com a natureza, correspondendo à atividade de transformação da natureza para satisfazer as necessidades humanas. Neste processo, a atividade humana é, então, objetivada em valor de uso.

A categoria trabalho obtida por Marx, ainda que faça parte de uma análise em dado recorte histórico e das determinações sociais e de produção econômica de seu tempo, é deveras influente nas discussões sobre o tema nos tempos atuais.

A partir da leitura de que o valor do trabalho, na sociedade capitalista, é deslocado para um sentido do rebaixamento dos trabalhadores à condição de mercadorias substituíveis, Silva e Lehfeld (2019) concebem a juventude como “categoria social, política, cultural e econômica que enfrenta as contradições deste tempo no que se refere à sua relação no mundo do trabalho”.

Desta maneira, dentro da conjuntura de mundo contemporâneo, cujas lógicas e modos de viver capitalistas incidem sobre as vivências da juventude, verifica-se que o debate a respeito do universo do trabalho é oportuno e indispensável para a compreensão de certos fenômenos sociais. Fenômenos estes observados nas discrepâncias entre as classes sociais, no recrudescimento das condições de vida, na apropriação e controle das manifestações culturais e na produção das subjetividades dos jovens, tão massivamente manipuladas por essa ordem social capitalizadora das relações e emoções.

A juventude é um processo para além uma fase da vida, no qual os jovens devem combinar um conjunto de elementos, como a escolarização, profissionalização, participação social, aos recursos materiais e sociais disponíveis para alcançar a transição à vida adulta. As condições de vivência destes eventos de transição e a qualidade dos recursos disponíveis definem, em grande parte, o modo de inclusão social que o jovem poderá atingir (LOBATO; LABREA, 2013).

Com Floribella não foi diferente. A inserção no mundo do trabalho correspondeu a umas das transições pelas quais ela vem passando desde que terminou o ensino médio.

A pressão por se lançar no mercado de trabalho foi acrescida das responsabilidades de manutenção da família, agora de forma integral, já que sua mãe se encontrava fora do mercado de trabalho devido ao adoecimento por diabetes e suas complicações:

D- Qual a importância do trabalho para você hoje em dia?

F- Olha, sobrevivência mesmo, para eu ter meu próprio dinheiro, poder fazer as coisas, ajudar minha mãe em casa, pagar o aluguel, essas coisas.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Em parte, o relato de Flor convergiu com a ideia de que a busca precoce por trabalho envolveu vários aspectos da vida social, que vão desde o acesso a bens de consumo, o entretenimento, e a conquista de um status social, de forma a permitir maiores laços de sociabilidade ou mesmo a manutenção das necessidades em seus lares (SILVA; LEHFELD, 2019).

A título de identificação do tipo de trabalho e sob quais condições o mesmo é exercido, Floribella está empregada em uma conhecida rede de *fast food*, de extensa cobertura mundial, desempenhando uma atividade remunerada regulamentada mediante assinatura da Carteira de Trabalho.

O lugar que o trabalho ocupava na vida de Flor, apesar de submetida a uma jornada de sobrecarga, precarização das condições na atividade e baixa compensação monetária, ultrapassava o de suprimento das necessidades objetivas.

Para Floribella, o trabalho se portou como ambiente de sociabilidade e exercício de convivência e interação, propiciando, em grande parte, o escape de certas amarras familiares:

D- Mas você se sente feliz com o seu trabalho?

F- Sim, porque lá eu aprendi a lidar com o público, a lidar com as pessoas, no começo me dá aquela raiva do cliente, mas depois fica tudo bem... porque a gente vai fazendo amizades, então a gente brinca, a gente zoa, a gente discute um pouco, depois faz as pazes.

D- Você tem amigos no trabalho?

F- Tenho

D- Você marca para sair com esses amigos?

F- Não posso. Por conta da minha mãe.

D- Você se vê trabalhando em algum outro lugar no momento ou está te atendendo trabalhar lá?

F- Olha eu acho que eu estou um pouco acomodada lá.

D- É?

F- Sim, por conta de já ter amigos, sei lá como explicar...

D- Você tá tendo coisas lá que você não tinha antes?

F- Sim, tirando... eu penso que não é o trabalho que te estressa, mas sim as pessoas, clientes, os próprios funcionários mesmo, tem uns que meu Deus do céu, só Deus na vida, respiro 10 vezes pra não dar uma surtada,

Assim que eu cheguei lá, eu era muito calminha, não respondia ninguém, não falava nada, agora, tenta pisar no meu pé pra você ver... falo mesmo, tô nem aí...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Flor tinha no trabalho uma fuga, uma alternativa para os problemas enfrentados com a mãe, para as cobranças no meio doméstico, para a ausência de liberdade dentro de casa que não permitiam ela ser quem desejava ser - como diversas vezes sinalizou nos nossos encontros.

O trabalho, na vida da usuária, assumiu função reabilitadora, não pela concepção de reabilitação enquanto técnica ou tecnologia empregada. A reabilitação pelo trabalho atuou como estratégia, se considerada enquanto uma abordagem ética dos problemas de saúde mental enfrentados pelos usuários (SARACENO, 2016). Uma estratégia para que o sujeito possa viver com o mínimo de autonomia, autodeterminação, independência, fortalecimento de habilidades e tantas outras aquisições que lhe garantam participação plena na vida social.

Para Silva (2014), dentro desta perspectiva de reabilitação psicossocial, defende-se ações que se voltem para o convívio comunitário, e este implica adequadas condições para desenvolver e manter relações sociais, lugares para viver e oportunidades de trabalho.

O trabalho, por este caminho, é entendido como um eixo integrante do processo reabilitador de indivíduos que manifestam alguma expressão de sofrimento psíquico para melhor autonomia e inserção na sociedade - que nos casos mais severos e crônicos, além do trabalho, incorpora outros recursos para um cuidado mais abrangente.

No Brasil, desde a década de 1990, com a reforma psiquiátrica, começaram a surgir experiências dissociadas das práticas de trabalho no âmbito dos hospitais psiquiátricos, que incorporadas à estratégia de cuidado da atenção psicossocial, visavam possibilitar o acesso às formas de trabalho como forma de inclusão social e fortalecimento da cidadania (SILVA, 2014).

Com o trabalho, Floribella se permitiu - ou foi incitada - a relacionar-se com novos grupos, construir novos hábitos e rotinas, modificar seu jeito de se portar, principalmente nas situações de responsabilidade e de interação obrigatória. Fez de algo inevitável, obrigatório, uma ocasião propícia para remodelar sua vida social para além de um recurso para satisfação das necessidades objetivas/materiais cotidianas.

7.2.4 Serviço de Saúde

Tendo nesta proposta de estudo uma experiência de saída dos muros dos serviços de saúde para o encontro com pessoas em sofrimento psíquico em seu território existencial e as redes de conexões nele ativas, a unidade da rede básica de saúde, aqui representada pelo Centro Municipal de Saúde, não poderia ser excluída dos movimentos de produção de cuidado da usuária.

Tudo começou pelo CMS, na aproximação que tivemos com o cotidiano e os profissionais deste serviço, para assim conhecer nossa usuária-cidadã-guia.

Sáímos dos muros dos serviços, mas voltamos para dentro dele, agora sob diferentes perspectivas. De um lado, para mostrar o que este espaço representa para Flor, de que forma é partícipe de sua vida e cotidiano. De outro, trazer as impressões de algumas profissionais ligadas diretamente com o cuidado de Floribella e sua família.

Leal e Muñoz (2014) defendem que o estabelecimento de uma boa integração com a família aumenta as chances de conhecimento sobre as pessoas em sofrimento psíquico, suas dificuldades cotidianas, além de possibilitar o estreitamento de laços com os usuários e pessoas próximas a ele.

O CMS atuou, neste caso, como ponto de produção de cuidado não apenas para questões relativas à saúde mental da usuária. A instituição oferece outras ações/recursos que a família tem requisitado e usufruído:

D- Me fala um pouco como você começou o atendimento lá no CMS, desde quando você está vinculada ao posto de saúde?

F- Ah, eu era criança, eu ia para tomar vacina, eu ia para atendimento com pediatra, e só...

D- E o acompanhamento psicológico?

F- Ah eu acho que tem um mês, um mês e pouquinho...

[...]

D- Se você precisa resolver alguma situação de saúde, você procura onde?

F- Eu vou no posto mesmo ou no hospital

D- No posto?

F- Assim, dependendo do que eu tiver passando, por exemplo, quando eu tive luxação do joelho eu fui para o hospital. Aí quando, por exemplo, eu preciso de uma consulta, me consultar, eu vou no posto, agora o psicológico (...).

Eu não vou com muita frequência no posto não, só quando eu tô passando mal mesmo, que já é um erro meu né?!

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Para Floribella, a unidade de saúde sempre foi um dispositivo agenciado nas situações adversas e imediatas, e ao que parece não apenas de saúde.

Em relação ao acompanhamento contínuo da usuária, este pareceu ganhar materialidade apenas neste momento da vida, diante das questões que vinha enfrentando na relação com a mãe.

Essas experiências de Flor com a unidade de saúde, a maneira como buscava o atendimento para os problemas de saúde enfrentados, podem ter relação com o modo como enxerga o papel deste serviço (para que serve) e de como faz uso (no que lhe atende).

Diz respeito também às concepções de saúde e doença formuladas por ela, uma vez que estas características podem, de início, determinar as suas tomadas de decisões e mobilização pessoal.

Não se pode generalizar as percepções e escolhas dos usuários de um serviço de saúde, cada indivíduo concebe e age conforme seu entendimento ou necessidade.

As necessidades de saúde são traduzidas por Cecílio (2001), segundo as contribuições de Stotz (1991), primeiro pelo reconhecimento de que as necessidades são sociais e com determinação histórica, sendo apanhadas e trabalhadas na dimensão individual. Segundo, que as necessidades de saúde são apreendidas em uma taxonomia organizada em quatro conjuntos, sendo eles: boas condições de vida, ter acesso e consumir tecnologias de saúde, a criação de vínculos entre usuários e profissional/equipe, e autonomia para conduzir a vida.

Desta forma, Cecílio (2001) assimila que as necessidades de saúde se moldam pela busca de algum tipo de resposta individual, precisando ser escutado e traduzido pelos profissionais/serviços.

As necessidades em saúde não são uma categoria exclusiva do "status" econômico ou das necessidades médicas, resposta a doenças ou sofrimentos. São intrínsecas aos indivíduos e suas satisfações, expressam carências e vulnerabilidades que refletem estilos de vida e identidades (CAMPOS, 1969; SOUZA et al., 2014).

Relativo ao acompanhamento da usuária visto pelos profissionais do serviço, entrevistamos a psicóloga Girassol e a assistente social Rosa, ambas da equipe do NASF. Girassol descreve como tomou conhecimento do "caso" e como percebe as situações vivenciadas pela usuária no seio da família:

D- Como Floribella chega até você, quem encaminhou, por que encaminhou, qual era o contexto?

G- (...) chegou na verdade a família como um todo, ela é da equipe U. e aí inicialmente chegou primeiro pela mãe dela, com várias demandas inclusive de atendimento para Floribella, e aí a gente inicialmente fez um atendimento conjunto com a enfermeira da equipe, que ficou muito mobilizada com a história.

D- Ela que primeiro identificou a situação...

G- A enfermeira da equipe (...) Ela identificou essa questão, assim, uma questão muito ampla, uma questão emocional, uma questão social, muita coisa... Inicialmente com a Dona, que é a mãe da Floribella, e aí dentre essas coisas também veio um pedido de atendimento para Floribella, que a Dona falava que ela era uma menina que não fala, que não se coloca, que não tem muita iniciativa, e aí ficou um certo amontoado de quem viria para mim, para o atendimento mais específico comigo, né?

(ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA GIRASSOL)

Em sua avaliação, a profissional compreende que a família manifesta múltiplas requisições, principalmente de ordem da genitora, que suscitam a mobilização de um trabalho coordenado em equipe:

E aí a gente resolveu fazer um atendimento conjunto com a enfermeira da equipe, comigo e com a Rosa, assistente social, para gente entender um pouco melhor do que se tratava com a Dona naquele momento, e inicialmente eu percebi a gente, na verdade, mas pensando mais na parte psi, eu percebi que talvez, quem tivesse maior demanda de atendimento fosse a Floribella, né, pelo contexto que pareceu que ela vivia, pelo que foi trazido pela mãe.

Porque a mãe trouxe demanda de questão de saúde, de uma deficiência, a glicose alterada e uma necessidade social também, sem renda, em processo de adoção de uma criança, então na verdade a Rosa, assistente social, ficou muito mais vinculada à Dona, e eu resolvi tomar mais partido da Floribella, assim, que já deu para perceber que tinha uma instabilidade, assim, na família, através do que a Dona falava, e aí eu comecei atender a Floribella.

(ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA GIRASSOL)

Rosa, que conheceu Floribella em conjunto com Girassol centrou-se, em grande parte, nas demandas relacionadas à genitora da usuária:

Então, num primeiro momento pra mim chegou mais a questão financeira delas, tentar algum benefício que pudesse ajudar nesse contexto todo e a questão da adoção, né? E aí na conversa ficou claro que ela tinha um problema de relacionamento com a filha. E aí meio que a gente falou assim: “Girassol, o que que a gente faz?”

Aí a Girassol falou: “Olha, eu queria conhecer a filha, de repente você fica mais com a Dona, né? Vendo essa questão do benefício, vendo essa questão do processo de adoção e aí a gente vai trocando. Aí ela foi, começou o acompanhamento da Floribella e eu segui com a Dona vendo essas questões.

(...) E nosso contato atualmente está mais voltado para essa questão do benefício da Dona. Com a Floribella eu tenho, eu tive, na verdade, um pouco... não é pouco, eu tive bastante contato com ela, mas não para ver coisas dela, para ver a questão mais da mãe, então...

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

O trabalho em equipe mostrou-se componente fundamental para a execução das atividades, se portando como estratégia para melhor atendimento e resolutividade dos problemas apresentados na unidade:

D- Você é muito junto com a Girassol, que acaba sendo um atendimento familiar... o que que vocês pensam a partir de agora, assim, como planejamento de trabalho com essa família?

R- Olha, eu acho que, não que a gente tenha feito a nossa parte, de forma nenhuma, acho que o acompanhamento é esse... como aqui tem essa questão da equipe de saúde da família e o NASF, com a Dona, no momento agora, eu acho que a gente precisa voltar para equipe, para esse acompanhamento de saúde dela (...).

Eu acho que... eu penso isso, né... eu nem conversei isso com a Girassol.

D- De resgatar esse acompanhamento da equipe de saúde, né?

R- Porque... principalmente pra ela, né? Não com a Floribella, não sei, a gente até fez esse movimento, acho que hoje a Girassol conversou com ela sobre essa questão (...).

D- Agora outras questões da Floribella estão mais afloradas, né?

R- Então, também precisa voltar pra equipe pra equipe ver isso...

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

O trabalho em equipe, quando prezado, permite contar com outras pessoas para discutir e propor estratégias para se operar no dia a dia, que se voltem para ações que auxiliem as pessoas a se situar de outro modo diante do seu curso pessoal, familiar e social (LEAL, MUÑOZ, 2014).

Sobre a responsabilização das profissionais pelo cuidado com a usuária, percebeu-se comprometimento e busca por alternativas para melhor atender as questões que perpassam aquela família, mesmo com os contratempos encontrados na unidade, deflagrados pela pandemia. Não houve ausência de autocríticas em relação ao desenvolvimento do próprio trabalho, pelo contrário. Há uma consciência de que ações, com os recursos que se tem, dificultam o planejamento de ações, mas vislumbra-se que, para acompanhar a usuária no contexto em que se insere, se faz necessário pensar uma produção de cuidado integral:

R- Então, eu acho que ali, falando um pouco do contexto que a gente está vivendo, né... no meio de pandemia e que não sei se a Girassol falou isso quando você perguntou, mas realmente não tá dando mais pra acompanhar o ambulatorial, né, assim... ainda mais a psicologia, vamos dizer assim... mas a gente tá sem o ambulatório de psicologia, por exemplo. Eu acho que a minha avaliação, de repente, a Floribella seria um caso para encaminhar pro laboratório de psicologia e como não têm, a Girassol seguiu acompanhando porque ela não tinha pra onde ir, né, dar esse suporte a ela.

Porque... uma coisa que a gente conversa muito, eu converso muito com a Girassol, que eu acho que ela (mãe de Flor) também precisa de um acompanhamento psicológico, entendeu? Mas como a Rosa acompanha já a filha, já tem uma interferência aí que não vai rolar, ela também acompanhar ela. Então, assim, com a volta do ambulatório, acho que...

D- Vai voltar?

R- Vai! Desejo... vacinaram, né? Com a segunda dose tudo tá caminhando pra que eles voltem. Eu acho que é uma indicação que a gente ainda vai ter que dar, vai ter que conversar com ela, ver também se ela vai aceitar, né? A gente é empolgado, né? Mas eu acho que falta isso, porque eu acho que precisava das duas terem esse acompanhamento psicológico.

E... De eu ter dado continuidade no acompanhamento, eu acho que mais por conta da limitação delas de conseguir ir adiante, assim, eu acho que a Dona, ela depende muito da Floribella, assim, do celular da Floribella, da Floribella tá ali pra fazer... e ela veio com a negativa de várias vezes que ela deu entrada no auxílio-doença foi negado (...).

Então, assim, acho que falta um suporte de fazer, assim, como tá tudo por conta da pandemia, eles não têm acesso, não tem computador. Aí, eu peguei isso e segui com isso. Tem muitos pacientes aqui assim, né, tudo tá online e eles não têm acesso a nada.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

O CMS, na dinâmica de vida de Floribella, se comporta como um abrangente integrante da sua rede de conexão, no sentido que abarca tanto o atendimento de algumas demandas globais (saúde, previdência, assistência, jurídicas) da família, quanto as questões individuais da usuária, que no momento passam pela dissolução dos conflitos com a mãe, o motivo primário do seu sofrimento.

Perguntamos à usuária se esta era a primeira vez que tinha recebido acolhimento às questões de sua saúde mental pelo CMS:

D- Primeira vez?

F- Primeira vez, porque foi assim...

Tem uma enfermeira lá, ela tava atendendo a minha mãe por causa do pé dela e tal, aí que entrou Serviço Social, aí teve uma vez que a gente tinha brigado de novo a minha mãe tinha que vir aqui no posto aí eu fui com ela, aí a enfermeira viu percebeu que minha mãe tava estressada, aí falou com a minha mãe, aí ou ela olhou para mim e falou “você tá bem?”, aí eu “não tenho como tá bem”.

Aí ela “- tá, depois a gente conversa...”

Aí ela percebeu que eu não tava bem, aí depois minha mãe falou comigo “A U. quer marcar um psicólogo para você”, aí eu tá bom, aí eu fui lá e ela marcou para mim, acho que eu não lembro dia agora, aí foi quando eu comecei com Z., foi através dessa enfermeira.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Expectativas com relação ao seu cuidado em saúde mental foram criadas pela usuária. Floribella aposta que com o acompanhamento psicológico poderá solucionar problemas que enfrenta com a mãe e que o sofrimento que lhe atinge poderá ser superado:

D- O que você espera com esse acompanhamento com a psicóloga?

F- Olha, que eu espero que me ajude encontrar um caminho, uma solução, do que eu preciso, sei lá, tomar uma decisão, do que eu preciso sim, no momento na decisão se eu vou embora de casa se eu não vou, se eu continuo com a minha mãe ou se eu não continuo, meu problema agora tá sendo só esse, a verdade é essa, que eu tô nesse conflito, será que eu vou? será que eu não vou? e se eu for será que vai dar certo? será que não vai e se não der certo alguém vai me apoiar?, minha cabeça tá tudo em uma coisa só nesse assunto.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Não se pode negar a importância da presença do CMS na vida de Flor e de sua família. Ainda assim, será que os profissionais e os recursos disponíveis no serviço têm obtido sucesso, não o sucesso técnico, prático, mas o sucesso que atinge a satisfação subjetiva da usuária?

7.2.5 Religião

Quando oportunizamos que Floribella pudesse discorrer sobre aquilo que lhe faz sentido, compreendemos que outras conexões, não necessariamente com

pessoas ou instituições/serviços, contribuíram para uma produção de vida e de cuidado.

Logo de início, ao saber que Flor adotava uma religião, imediatamente condicionei meus sentidos para certas expectativas do que ouviria e conceberia. Inconscientemente quis determinar certos “achados” neste caminho com a usuária, ao tentar antever sua vivência com sua religião. Precipitei o percurso e subestimei suas lógicas de viver com religiosidade.

Floribella, contrariando minhas precipitações, traz a sua religião de forma que supera minhas impressões acerca das práticas religiosas, da minha visão de mundo de religião como lugar de pertencimento, mas também de enquadramento moral. Com Floribella foi possível entender que a religião pode caminhar para outro lugar, com alcance adiante do que se pode condicionar dentro dos preceitos desta.

É importante colocar que neste trabalho não se discutirá se a religião atuou positivamente ou negativamente na vida da usuária ou qual a dinâmica exercida pela igreja na qual se vincula. Este aspecto não teve relevância em seu discurso e é algo que não ganhou importância na narrativa da usuária.

O que importa aqui é como sua crença, exercitada dentro da religião, se tornou potente em sua vida, uma fonte de refúgio e apoio:

F- E também eu sou evangélica, eu vou na igreja.

D- Como é que você chegou na igreja?

V- Desde pequena, porque como aconteceu isso comigo, de eu ficar no hospital entre a vida e a morte, aconteceram muitas coisas, minha mãe foi pra igreja pra orar por mim, pra procurar uma ajuda em Deus, porque em pessoas ela não estava mais achando, aí eu creio que eu sobrevivi a tudo isso por milagre de Deus, porque eu tive quatro paradas cardíacas, tava na incubadora, e quando ela ia na igreja levava minha fraldinha para orar, levava óleo pra mim ungido, e eu fiquei boa, sai logo do CTI (...). Minha mãe já era da igreja, mas ela se afastou, aí aconteceu isso, quando eu tive isso tudo ela voltou. Aí se apegou a Deus e tal, foi por um milagre que eu sobrevivi, mais pela fé dela.

[...]

Quando eu comecei a sair do hospital, eu sempre ia à igreja com ela, reuniões, eu nunca gostava de ficar na escolinha, sempre ficava nas reuniões, ficava quietinha na reunião, aí fui crescendo, fui crescendo, só que teve um tempo que a gente saiu, tanto que quando eu era pequena meu pai sofreu um acidente no trabalho dele, eu fiquei desesperada, pensando que ele tinha morrido. Aí eu pegava a foto dele, quando eu ia pra igreja eu orava, eu pedia pra Deus pra que meu pai ficasse bom, e ele ficou.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Se a religião corresponde a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos com propósito de facilitar a proximidade do indivíduo com o sagrado ou o transcendente (EVANGELISTA, et al., 2016), a religiosidade pode ser compreendida, dentre outras concepções, pela aderência às práticas que o indivíduo acredita e segue (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020).

Velho (2003), ao propor análises da relação entre indivíduos e a religião, defende que há uma indissolubilidade entre a noção ou *sistema cognitivo* e *sistema de crenças*, sendo este último representativo das emoções/sentimentos.

Quando escreve acerca da sociedade brasileira, e compreendendo que estes sistemas se portam e se formulam de forma diversa entre as sociedades, Velho (2003) refere que há uma ordem de significados que gira em torno da predominância da crença em espíritos. Acredita que estas experiências individuais/grupais, não devem ser reduzidas às explicações de causa e efeito ou serem entendidas apenas como variáveis externas ao fenômeno religioso, com os recortes de classe social, etnia, etc. Devem, também, ser absorvidas como aquelas que definem a religião em si mesma, como experiência sociocultural e produtora de significados.

Portanto, propõem que a representação do indivíduo na religião remete aos paradigmas culturais e as relações sociais que não se dão de forma linear ou mecânica (VELHO, 2013). A crença em espíritos, que cita como exemplo, refere a criação de uma *linguagem básica comum*, uma linguagem ou entendimento predominante, que surge como fundamental para compreender o sistema de representações da sociedade brasileira e suas múltiplas e complexas inter-relações. Mas esta linguagem não retira a importância das diferenças existentes, as identidades e valores particulares.

Floribella é a prova deste aspecto. Mesmo com discurso afinado com aquilo que sua religião propaga socioculturalmente, aplicava a religiosidade de maneira singular, com sentidos que ela lhe atribuía:

D- Vocês nunca precisaram de ajuda de alguém da igreja, por exemplo?

F- Sim, esse negócio de material sim, tanto que eles nos ajudaram tem dois meses com cestas básicas (...).

D- Coisas materiais, vocês costumam buscar essa ajuda?

F- Sim, eles ajudam e tal.

D- Mas para o seu emocional, você acha que a sua conexão é...

F- Com Deus! Sempre quando eu vou à igreja aos domingos, na quarta-feira, aí eu busco, choro, me desabafo, eu saio de lá bem, mas é aquilo, se acontecer alguma coisa ruim acaba com meu dia.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA CIDADÃ-GUIA)

Sua conexão se revelou para além da instituição (igreja), das pessoas (membros) que integravam ou da doutrina (religião protestante) que se espelhava. Sua conexão e ponto de apoio substancial era, acima de tudo, sua fé.

A religião apareceu como rede de cuidado emocional, onde buscou suporte, orientação e recursos para superar os momentos de maior sofrimento:

F- Teve uma época que eu não sei se eu cheguei a estado de depressão ou quase cheguei, não sei porque eu nunca tive, porque teve uma época que ali na praia, tem aquela passarela, aí eu sempre passava com eles (crianças que cuidava), ficava parada, às vezes eu ficava olhando, eu ficava andando bem perto da ponta, olhando os carros, aí ficava pensando em me jogar, “- vai se joga, vai!”. Ficava essa coisa na minha cabeça, “- vai, se joga, não vai resolver nada, sua mãe nunca vai te aceitar do jeito que você é; ninguém gosta de você”, esses pensamentos, e como eu nasci na igreja sei de tudo, aí vinha aquela outra voz “- tá, mas se você jogar, você vai para o inferno!”, ficava sempre pensando nisso.

Porque assim, nós da igreja, nós pensamos assim: quem comete suicídio já vai para o inferno direto. Aí eu ficava assim, aí aquilo que me impedia de fazer isso (...).

[...]

D- Você buscou ajuda naquela época?

F- Não ...

D- Você acha que você superou essa fase?

F- Sim... buscando ajuda espiritual e nas pessoas que gostam de mim e tal, eu parei de pensar nessas coisas. Agora, quando eu fico triste, eu não penso mais nisso porque eu sei que se eu cometer o suicídio eu vou para o inferno direto, e eu não quero perder minha salvação (...) então é enfrentar as coisas de cabeça erguida e seguir.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O pertencimento - ou não - religioso é assunto pertinente quando se pensa nas conexões singulares dos sujeitos e seus rebatimentos em sua sociabilidade. Portanto, não é assunto que deva ser desconsiderado no plano do cuidado, já que este aspecto pode afetar profundamente os modos dos sujeitos se conduzirem na vida.

A religião é importante componente cultural para se discutir os comportamentos em sociedade, tendo a sua relação com a juventude, uma importante pauta nos tempos atuais.

No Brasil, em relação ao pertencimento religioso dos jovens, o que se observa são dois fenômenos, de um lado a filiação e de outro a fixação territorial. Enquanto templos evangélicos pentecostais pregam a exclusividade de pertencimento e

interferem tanto nas paisagens e quanto nos novos enraizamentos, observa-se uma desfiliação religiosa e maior trânsito entre as religiões e outras experimentações que apontam para novos fluxos e intensidades de deslocamentos (NOVAES, 2018).

A juventude de hoje vivencia uma relação com a religiosidade multifacetada e transitória. A abrangência ou significado que dá às suas escolhas e experiências estão cada vez mais mutáveis e absorvendo outros elementos sociais, como as redes sociais, mídias e outros mecanismos de comunicação. Verifica-se que

[...] o presencial e o virtual se imbricam constituindo-se uma mesma realidade, convivendo com famílias multirreligiosas, os jovens de hoje se movem com mais familiaridade em um jogo menos previsível de percursos e combinações, bem como ampliam o repertório de trajetórias religiosas possíveis (NOVAES, 2018, p. 353).

Segundo Novaes (2018), as denominações evangélicas chegaram às localidades em que há pouca presença da Igreja Católica e precária presença do Estado, se tornando comum a associação entre o pertencimento de pessoas com pouca escolaridade às igrejas evangélicas, sendo estes sujeitos vistos como manipuláveis.

Floribella se vinculou à religião por meio de sua mãe, adepta do protestantismo, passando a exercer sua religiosidade integrando-se à Igreja Universal do Reino de Deus, mesma igreja de sua genitora.

Segundo Jacob et. al (2003) o crescimento da população evangélica adepta do pentecostalismo configura o maior movimento de diversificação religiosa que vem ocorrendo no país desde os anos de 1980. Localizados prioritariamente nas periferias das regiões metropolitanas, os pentecostais constituem-se como uma vertente religiosa que tem se expandindo territorialmente, ganhado também espaço e influência no cenário político. Habitam mais as regiões urbanas, congregam predominantemente mulheres, crianças e adolescentes e mais negros, pardos e indígenas do que a população branca.

No caso de Floribella, o protestantismo era manifestado como um composto que agregava os dogmas de sua religião e as escolhas ou condutas que a usuária estabelecia para si:

D- Qual a importância da religião para você?

F- Tudo, porque a religião, não digo nem religião, mas a fé mesmo...

D- A fé mais do que a religião?

F- É isso, porque eu acho que a religião separa muitas pessoas, "- ah, você é católica, você é evangélica", você é sei lá, qualquer outra denominação. Tanto que há muita guerra no mundo é mais por causa disso, de religião, e Deus não é isso, não é divisão, não é briga, não é guerra, é paz. A religião está mais aí para dividir mesmo, e assim, Deus para mim é tudo, foi ele que me trouxe a vida, foi ele que me deu essa chance de viver. Deus é tudo para mim, sabe, porque sem ele ninguém seria nada na verdade, que a gente tá vivo pela misericórdia de Deus, está vivo para fazer as coisas certas, a gente tem o livre arbítrio, a gente faz o que a gente quiser, mas infelizmente a gente vai ter que prestar contas mais tarde, se a gente está certa ou errada.

[...]

F- O que falta nela (mãe) é isso, ela não tá olhando para Deus, pra preocupação dela, para preocupação do dia, em mim, ela fica focando muito em mim, e não fica focando na vida espiritual dela, assim como eu não tô focando, confesso que eu não tô, e por isso também que eu tô tão mal, como eu vou tá bem se minha alma não tá bem, se eu não tô cuidando da minha alma?

D- Mesmo indo para igreja?

F- Mesmo indo para a igreja, porque, ah tá! Eu vou para igreja e quando eu saio da igreja faço tudo errado, faço totalmente errado do que o pastor falou, do que Deus falou (...) eu sei que eu tô errada, e como que eu vou querer mudar se eu não faço o básico que eu tenho que fazer, dizer não às minhas vontades, é isso...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

A religião, ou fé, era tão relevante na vida de Flor que os comportamentos de sua mãe ou a relação que ambas estabeleciam, ela associava à ausência de certos "cumprimentos" que a religião evocava a seguir.

Flor relacionou, em partes, sua condição atual de sofrimento pelo não seguimento pleno da doutrina religiosa. A sensação de se sentir bem estava condicionada, entre outros aspectos, à prática religiosa como "deve ser", o que conferiu à religião ainda mais valor na produção desse cuidado singular. A religião se apresentou influente nas condutas de Flor, regente de seus pensamentos, ao incorporar o sentimento de culpa quando não se adequava aos preceitos. Com a religião, Flor estabeleceu relação em que havia o controle no plano da sua consciência, de suas vontades.

Todavia, fugindo de minha certa percepção/ moralidade ideológica sobre as pessoas adeptas de determinadas religiões, Flor, sem saber, desconstruiu minhas premissas. Apesar do vínculo com sua religião e do apego à religiosidade, da disciplinarização colocada pela igreja, deixou à tona que suas escolhas e pensamentos de vida se orientam muito mais por um entendimento do poder que sua

crença/ tem em sua vida do que pelo uso, rigoroso e inquestionável, dos preceitos da religião que adotou. Sua fé a tornava, de certa forma, livre:

D- O que que a igreja é para você então, qual papel que ela ocupa na sua vida?

F- Ah, um lugar me traz paz, que eu posso me desabafar com Deus...

D- Não com pessoas?

F- Não com pessoas, porque como mesmo eu desabafando com pessoas tanto no trabalho quanto na igreja, ninguém vai me ajudar, sim eles podem me dar conselho e tal, mas depende de mim seguir ou não, depende da minha decisão, fazer o que eles estão falando ou não, então a única que pessoa que pode me ajudar, além da minha mãe e tal, é Deus, em primeiro lugar.

[...]

D- Você acha que tem alguma interferência da sua religião em relação às suas decisões na vida?

F- Não, as decisões sou eu que tomo e ninguém vai me julgar por isso, também se me julgar não posso fazer nada, eu tô numa fase da minha vida que não ligo mais para opinião dos outros, eu ligava muito, agora não ligo, tipo, eu escuto os conselhos e tal, mas se eu quiser seguir eu sigo, se eu não quiser a decisão é minha, e pensem o que quiser.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

7.3 INTERFERÊNCIAS ENCONTRADAS NA PRODUÇÃO DE CUIDADO

“Eu não estou interessado em nenhuma teoria
 Nem nessas coisas do oriente, romances astrais
 A minha alucinação é suportar o dia a dia
 E meu delírio é a experiência com coisas reais”
 (Belchior - Alucinação)

Nesta imersão da vida do outro, lapidada com o investimento de uma escuta sensível das narrativas vivas da existência de uma usuária em sofrimento psíquico, pode-se localizar alguns dos obstáculos que se colocaram para sua produção de cuidado. Algumas dificuldades “em carne viva” vocalizadas pela usuária, outras pinçadas nos relatos dos profissionais que se integraram a esta cartografia. Múltiplos olhares apontando em várias direções, convergentes ou não.

Cada usuário carrega em si elementos de sua realidade e memórias que dão pistas da complexidade de sua vida, trazendo, ponto a ponto, aquilo que tem interferido em seu cuidado.

Trabalhar com usuários em sofrimento psíquico, particularmente, ensinou-me que cada detalhe é importante, que as histórias de vida agregam e que até o não dito desvela importantes características para melhor conhecê-los.

Com Floribella, ao chegar ao final dessa caminhada conjunta, conseguimos apreender - ou nos esforçamos neste sentido - alguns contextos, atores e experiências que descrevemos como interferências, no sentido de que se portaram como barreira na condução do seu cuidado.

7.3.1 Primeira interferência: as relações parentais, vínculo e suas reverberações

Os arranjos familiares, nesta cartografia, só reafirmam que o componente familiar tem destaque em uma produção de cuidado, seja pela potência que essa rede pode produzir na vida dos indivíduos, seja porque pode ser a causadora de seu sofrimento.

Com Floribella, percebi diferentes influências que as relações parentais exerciam sobre ela. Por um lado, vi a figura de uma mãe protetora, principal referência de rede de apoio da usuária; por outro, este papel sucumbia quando esta mãe caminhava pelo excessivo controle sobre a filha. Acrescentou-se a isso uma relação tardia com o pai, carregada de ausências e bloqueios ainda não desfeitos.

Começamos pelo abandono paterno, contexto importante das vivências passadas, mas que ainda repercutem no tempo presente da usuária:

F- Na minha infância, eu não tinha contato com ele, não tive a presença de um pai, eu não sei o que é ter um pai na minha vida, não sei o que que é (...).

Eu já trouxe muita mágoa pra meu pai, por conta do abandono dele, só que aquilo só tava me machucando, aquela mágoa, aquela raiva, isso me machucava, ele tava vivendo a vida dele, nem sabia que eu existia, então eu decidi perdoar, tanto que hoje em dia a gente tem contato, ele já me levou pra conhecer minhas tias, eu já conheço meus irmãos, meus sobrinhos,

D- Desde quando vocês voltaram a ter contato, como é que foi essa reaproximação?

F- Foi porque ela botou ele na justiça, falaram pra ela colocar meu pai na justiça, ela colocou (...).

D- Você tinha quantos anos?

F- Eu já tava grande, (...) devia tá com 12, por aí.

[...]

D- O seu pai registrou você?

F- Registrou.

D- Então ele tomou conhecimento que sua mãe estava grávida...

F- Registrou um mês depois, né, mas foi...

D- Na infância ele te visitava?

F- Olha bem pouco, ele ia lá em casa, já ficou comigo uma vez para minha mãe trabalhar, mas depois que eu cresci mais um pouco ele sumiu.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O abandono afetivo paterno é tema bastante explorado nas análises de família, com conceito de discussão ampliada, que pode ser compreendido por diferentes vieses.

Relacionando a um viés sociológico, Oliveira (2020) defende que o abandono paterno pode ser entendido tanto pelas motivações dos pais em abandonar seus filhos, como considerando as consequências que tal ato pode ocasionar na vida do indivíduo.

Considerando as transformações nas concepções e modelagens de família que se desenvolveram ao longo da história nas sociedades, não se pode unificar as experiências de paternidade, uma vez que estas experiências são únicas e que acompanham as transições socioculturais. Assim, em relação ao fenômeno do abandono paterno, pode-se inferir que a reorganização das modelagens de família, ao incidir nos papéis parentais, atingiu a vinculação dos homens com a paternidade, de algum modo reforçando-a, de outro modo empobrecendo-a (OLIVEIRA, 2020).

Sob o aspecto psicossocial, não há dúvidas de que esta vivência de abandono sofrida por Flor, teve repercussões emocionais e na construção de sua identidade, para além das responsabilidades paternas no plano sociojurídico:

(...) mas com meu pai, quando eu vou pra casa dele a gente não tem diálogo, porque assim, eu sou muito ele, calada.

Então quando eu vou pra casa dele, ele tenta puxar assunto comigo, só que eu só respondo o básico, sabe, eu só falo do meu trabalho ou como tá lá em casa e só fica só nisso, ele vai pro quarto, eu fico na sala no celular.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Flor narrou suas experiências como se os fatos estivessem em acontecimento presente, aquilo que não conseguia apagar e o que ainda lhe provocava afetações:

D- Sente falta de alguém ou de alguma coisa que você viveu no passado que você hoje não consegue ter?

F- Olha, eu confesso que eu sinto falta de uma presença paterna, (...) até hoje eu vejo uma criança com pai aí eu fico pensando: "- caramba, pai, eu nunca tive um pai para me levar para sair, para andar de bicicleta". Então sinto falta, tipo, então tem uma parte de mim que sente falta disso, de ter um convívio com meu pai, às vezes eu vou na casa dele, é como se eu tivesse na casa de estranho, às vezes eu me sinto assim.

D- Mas você já conversou com ele sobre essas coisas que te afetavam?

V- Nunca cheguei a falar com ele, porque eu não gosto muito de ficar revivendo o que aconteceu, ficar lembrando... só assim quando é impossível mesmo, que aí volta umas lembrancinhas aqui e acolá, eu deixo ir, vai e volta...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

É impossível não considerar neste contexto de família o vínculo como componente de interferência na produção do cuidado.

Na realidade, pensar relações humanas, sociais, é de alguma forma pensar como estas estabelecem vínculos. Somos permeados por isso. As amizades, os amores, os afetos, em tudo, há ausência ou presença do vínculo. A intensidade ou mesmo a insuficiência podem impactar no modo como os indivíduos vão se expressar com as pessoas no meio social.

Trazendo para a saúde mental e a atenção psicossocial, se o que se pretende é formar redes de relações entre sujeitos que cuidam (profissionais e outros atores sociais) e os sujeitos que vivenciam as problemáticas (usuários e familiares) (AMARANTE, 2007), o vínculo é indiscutivelmente combustível para o trabalho.

Para a vida, é a força motriz que sustenta as relações. Quando fragilizado, há carências, produção de sofrimento:

D- E o que causa mais sofrimento hoje?

F- São essas brigas do nada, de repente, eu fico muito triste porque ela não me entende, ela quer que eu entenda ela, mas ela não me entende, ela fala que me conhece, mas ela não me conhece, ela não conhece a filha que ela tem (...).

D- Qual é o sentimento que tem prevalecido mais em você nos últimos tempos?

F- Frustração, tristeza, frustração por ela ser assim comigo.

D- Você fala de uma maneira geral ou como você se sente quase todos os dias?

F- Eu não posso negar, não tem como eu ficar feliz depois de ter um estresse dentro de casa, não tem como eu ficar feliz por brigar com ela quase todos os dias (...). Porque assim, eu tento ao máximo entender ela, mas é complicado, eu não consigo, ao mesmo tempo que ela fala que me ama e tal, ela fala coisas que me machucam, como que uma pessoa pode amar assim desse jeito?

D- Você abraça sua mãe?

F- (sinal de negação)

D- Vocês não se abraçam, não se beijam?

V- Não...

D- Qual a sua maior necessidade de vida hoje?

F- Bom, agora, nesse momento, é me dar bem com a minha mãe, porque isso que tá me deixando mal em alguns momentos, sabe? Então para mim seria bom, para eu ficar feliz, me dar bem com ela.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Segundo Leal e Muñoz (2014), dentro dos serviços, com frequência encontram-se usuários que têm dificuldade no contato com seus familiares e desejam que estes sejam deixados de fora do tratamento. Em outros casos, a família tem recusa em participar do cuidado.

Esta é uma informação pertinente já que, em alguns casos, a ausência de vínculo entre os familiares pode ser tanto definidor da vivência do sofrimento como comportar-se como recurso para se superar as angústias.

O caso de Floribella é exemplo desta situação, da necessidade de se investir no cuidado dentro da família visto que, não bastasse a ausência paterna, a relação com a mãe estava estremecida e carregada de ambivalências.

Esta inferência veio das sintetizações e processamentos que captei ao longo deste acompanhamento da usuária-cidadã-guia, das narrativas e impressões do que viveu e sentiu, como também das falas das profissionais implicadas com o cuidado de Flor. Impressões de uma relação que, no mínimo, era controversa.

Do mesmo ponto que identificamos a genitora como rede viva na estrutura de existência da Flor, seu ponto de apoio e referência na vida, a condução desta relação se duplicou e apontou para uma excessividade que sufocava a usuária-cidadã-guia. Fagulhas de um relacionamento intrafamiliar que repercutiram na unidade de saúde e mobilizaram o acompanhamento sistemático de Flor.

Voltando à história inicial, as profissionais do NASF me reportaram o caso de um jovem que possuía dificuldades no relacionamento com a mãe. Essa mãe é apresentada como uma pessoa extremamente controladora e “difícil de lidar”, que coloca Floribella no lugar de objeto e aparenta não ter afeição pela filha.

Houve um investimento inicial das profissionais em tentar compreender como se estabelecia aquela relação e como podiam auxiliar nas problemáticas retratadas. Perceberam que se tratava de um contexto extremamente delicado e multifacetado, de tal maneira que, diante da primeira investida de trabalho com esta família, atribuíram a intervenção inicial com elas como “desastre”.

Desde a primeira descrição pelas trabalhadoras do CMS, chamou a atenção o discurso de que havia falta de afeto de mãe pela filha e o quanto isso produzia sofrimento. Um uso hostil de autoridade sobre a vida do outro, e não de um alguém qualquer, mas sim da própria descendente.

Diante das múltiplas expressões neste caso, do princípio do campo ao fim, fui profundamente tocada por Floribella e sua história. Em cada encontro e aproximação, maior era o incômodo no processo de investigação.

As afetações se imprimiram em mim tanto pelas descrições e sensações trazidas pela usuária, quanto pelo que foi ouvido e discutido junto das profissionais do

NASF. Um compilado de informações e sentimentos que se alojaram em mim e foram difíceis de absorver.

Todas nós (eu e as profissionais), já envolvidas com Floribella, nos assemelhamos no obstáculo de assimilar a dinâmica da relação e as motivações desta mãe, com consciência ou não, para se portar com tamanha animosidade com a filha. Um cenário que, certamente, trouxe complexidades para a interpretação e formulação de condutas para a construção de atos de cuidado.

Neste relacionamento mãe-filha, foram identificados fatores que interferiram profundamente na produção de cuidado e de vida da usuária, percepções nossas (usuária, profissionais, pesquisadora) que se entrecruzaram e se dispersaram tantas vezes, tamanha a dificuldade em lidar com o problema anunciado:

D- A sua mãe aparece hoje com uma pessoa importante ou não?

F- Não, porque agora, eu não me sinto muito bem quando eu tô com ela. Tá, eu me sinto bem em partes, quando ela tá de boa comigo, quando a gente não tá brigando, quando não tá discutindo comigo, quando não tá me agredindo, eu me sinto bem quando não tá fazendo isso, mas depois quando ela faz isso eu quero distância, tenho vontade de ir embora e não voltar tão cedo (...) eu não consigo nem falar com ela, porque a gente não tem muito diálogo, é só cobrança em cima de cobrança da parte dela, aí eu acabo não me abrindo com ela (...).

[...]

D- Você acha que está afetando o emocional?

F- Muito. Eu, quando cheguei no trabalho, eu era muito calma, não respondia ninguém, fazia tudo, tudo que me pediam, fazia com tranquilidade (...). Aí, como essas discussões estão me afetando, eu tô transmitindo isso no meu trabalho, às vezes eu sou grossa com a pessoa sendo que a pessoa não fez nada comigo, ou simplesmente porque eu quero ser mesmo, até eu ser chamada, né?! Porque às vezes sinto que está refletindo na minha personalidade, porque assim, quando eu era criança, eu era criança, agora esses negócios me afetam muito.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Com a escuta de Floribella, não pude ser indiferente ao sofrimento que se alimenta pelas lógicas de contenção dessa mãe. Atribuo as sensibilidades que afloram, primeiro a uma leitura técnica-profissional que me direcionou quase que impulsivamente para a constatação de uma relação abusiva sustentada por agressividades. Depois, pelo despertar de sentimentos viscerais, ora de empatia, ora de impotência, que muito se manifestaram pelos referenciais que eu detenho acerca das relações familiares - e que não teriam como não atravessar esta pesquisa:

F- Porque assim, quando minha mãe fica nervosa ela volta no tempo, fica falando o que passou isso comigo, que eu não ajudo ela em nada, ela às vezes fala que eu sou um tropeço na vida dela, mas às vezes eu entendo porque é na hora do nervoso, porque eu não duvido que minha mãe me ame, ela só não sabe expressar, ela é muito seca, muito fria, mas eu sei que é dela por conta do que ela passou na infância dela, porque minha avó era muito rígida com ela, minha avó era muito fria também, então ela acabou pegando aquilo pra ela, ela me trata como a mãe dela tratou ela. E eu tento levar isso em consideração.

D - Você tem que sempre estar exercitando essa empatia com ela pelas coisas que ela já passou...

F- Eu fico pensando: “- caramba ela já passou por tanta coisa, ela só tá passando para mim o que ela passou já”. Eu tento ver, eu tento ter empatia com ela, muito, muito, mas assim, tem uma hora que você explode (...).

D- E normalmente vocês brigam por quê?

F- Ah, porque ela acha que eu não faço nada em casa, porque eu sou muito preguiçosa, ela briga muito comigo por eu não acordar cedo, por eu não ajudar ela em algumas coisas e esse que é motivo da briga, sempre, sempre ela fala a mesma coisa, que eu não ajudo ela em nada, sendo que eu ajudo ela, só que ela às vezes quer que eu faça alguma coisa, porque minha mãe é muito assim, ela quer que eu faça tudo do jeito dela (...) então é por coisa mínima que a gente discute, coisa pouca, aí a gente acaba falando coisas que machucam, mas depois ela me pede desculpas, eu fico com raiva na hora, mas não trago mágoas.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

As experiências de Floribella foram absorvidas por ela, em muitos momentos, com outra receptividade, menos racionalizadora e mais sensível, de um certo modo. Díficeis de se elaborar em uma primeira escuta, principalmente porque as minhas percepções pessoais sempre foram muito aguçadas para o reconhecimento dela como “vítima” de um contexto perverso.

Os problemas enfrentados nesta relação, na interpretação da usuária, passavam pelo entendimento de uma cobrança exagerada da mãe para o trabalho doméstico e uma imposição, autoritária e pouco compreensível, para mudança de postura (amadurecimento) diante das questões que a realidade da vida obriga.

Os excessos (discussões e agressões verbais e físicas) eram para ela justificáveis, pelos efeitos geracionais de sua família, ou seja, por aquilo que sua mãe viveu antes e estava reproduzindo com ela, de como aprendeu a cuidar e educar para a vida:

F- Às vezes ela é meio rude comigo, a gente vai discutir, aí acaba ela me batendo, ela acaba falando um monte de coisa para mim que eu não gosto.

D- Tipo o quê?

F- “- Você não era para ter nascido”, “- eu fiz tudo para tirar você”, “- não ajuda em nada”, isso me fere. É aquilo que eu falo, uma palavra fere mais do que um tapa porque o tapa vai doer na hora, dependendo vai ficar roxo, depois passa, passa um remedinho e pronto, mas uma palavra fica, uma palavra fica e se você não liberar o

perdão, tipo, “ah, eu te perdoo por ter falado isso”, vai ficar só te remoendo por dentro, a pessoa pode ficar com uma mágoa, como eu já fiquei na época do meu pai, então, quando ela briga comigo, caramba eu faço um esforço danado para não ficar com raiva dela, raiva na hora tudo bem, mas ficar com mágoa do que ela falou comigo, do que ela pensa, nossa eu faço um esforço danado: “não, eu não posso ter uma mágoa da minha mãe, não posso”, é muito difícil...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

As revelações, nos pequenos detalhes, foram se tornando mais profundas. O que para mim, ouvinte, figuravam atos de posse e coerção das vontades, do ponto de vista de Flor eram atitudes “justificáveis”, ainda que reconhecesse que no comportamento de sua mãe estava a gênese de sua dor emocional:

D- Você marca para sair com esses amigos?

F- Não posso. Por conta da minha mãe.

(...) eu não consigo entender muito a mente da minha mãe, eu tento falar assim, mãe eu já sou maior de idade, não sou mais criança, mas não entra no pensamento não sei, não sei porque.

D- Você fica triste com isso.

F- Eu fico triste, na hora dá aquela raiva, vontade de sumir de casa, mas depois... em algumas vezes eu tomei decisão precipitada em fugir de casa, fui pra casa de colega, mas depois eu botei minha cabeça, eu penso nela, no que ela fez por mim, porque se não fosse por ela eu não estaria aqui hoje, não estaria falando, não estaria andando, então eu boto tudo isso em consideração.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O cerne da questão sempre esteve em tentar separar aquilo que é um julgamento moral ou avaliação técnica de todos nós (profissionais) envolvidos, e tentar compreender a totalidade da situação e os sentidos que ali circundam. A “tarefa”, na verdade, sempre foi de tentar não seguir pela preconcepção.

No entanto, não seria possível fugir de indagações a respeito dos aspectos e contornos de como se organiza esta relação, e de como as características ali fluentes reverberam e levam ao sofrimento de Floribella. Seria esta, então, uma relação de conflito familiar marcada pelos excessos de controle e vulnerabilidades ou uma relação abusiva impregnada de violências?

Em qualquer uma destas possíveis constatações relativas a este contexto familiar, notamos a presença da execução de um poder.

Machado (1989), ao traduzir o pensamento de Foucault, descreve que o autor não considera o poder como um objeto natural, uma coisa. O compreende como uma prática social historicamente constituída. As situações de exercício do poder, macro e micro, não estão localizadas em nenhum ponto específico da estrutura social e têm

seu funcionamento como uma rede de dispositivos de que ninguém escapa. O poder não existe, portanto, não pode ser detido como coisa. O poder não é palpável, ele se executa, exercita, existe nas práticas e nas relações.

O poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade. E é justamente esse aspecto que explica o fato de que tem como alvo o corpo humano não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo (MACHADO, 1989, p.18).

Não se sabe se o poder exercido pela mãe atua como mecanismo educador e transformador ou se tem função repressiva e dolosa. É difícil compreender certas atitudes quando não acessamos os significados atribuídos por todos os lados envolvidos na questão e Floribella não demarca o que passa com a mãe dentro de casa como violência, mas sim como privações, controle da liberdade de escolha e do ir e vir e a ausência de diálogo e sentimentalidades:

D- Você costuma fazer coisas para você, que você gosta?

F- Olha, não muito...

D - Há alguma coisa que impeça isso?

F- Minha mãe.

É porque assim, eu gosto de ficar no celular e ela já não deixa, aí eu tenho que ficar vendo televisão porque eu não posso ficar mexendo no celular, aí se eu quiser sair eu tenho que falar para onde eu vou, dá satisfação tudo bem, mas eu não posso demorar muito, aí também não dá para fazer muita coisa. Amizade já não tenho amigo do trabalho, me convidam “Floribella, vamos na praia, vamos sair, vamos no cinema e tal”, a primeira coisa que eu falo, “eu tenho que perguntar para minha mãe” ou então eu falo, “ah não dá porque minha mãe não vai deixar”, já vem assim a minha resposta é logo essa...

D- Então você não tem feito coisas que te faz bem?

F- Não

D- E como é que você se sente diante disso?

F- Eu me sinto sufocada, eu me sinto como um passarinho na gaiola, a verdade é essa porque, poxa, não posso sair, não posso mexer no celular, que é a coisa mais simples do mundo, não posso sair, não posso nada, me sinto um passarinho na gaiola.

D- Hoje você se considera uma pessoa feliz?

F- Não, porque para mim falta essas pequenas coisinhas para me sentir bem e posteriormente ficar feliz, eu não faço essas coisas, então não me sinto não, vira e mexe eu tô em casa, tô triste, às vezes eu fico chorando...

[...]

D- Depois da amputação do pé da sua mãe, o que mudou na vida de vocês? se mudou alguma coisa para sua mãe, como foi esse tempo pra cá?

F- Olha foi muito pesado porque ela ficou sem chão, ela ficou desesperada, chorava quase todo dia, teve um tempo que ela jogou a culpa pra mim, falou que a culpa era minha.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Mesmo com sutis contatos por telefone e diante de certa insistência de minha parte para tentar um estreitamento que poderia contribuir com o estudo, para que pudéssemos saber a respeito do que passou em sua jornada com a filha, o *projeto*²⁸ que almeja para ela e as mais simbólicas dificuldades que encontra nessa condução, a mãe não quis se integrar à pesquisa.

Nos poucos contatos telefônicos que estabelecemos para ter acesso à Floribella, pareceu confirmar o teor abusivo e controlador de sua personalidade, mas ao mesmo tempo, mostrou fragmentos de que, por trás de seu comportamento arredo, há um excesso de preocupação de uma mãe com a filha. Uma mãe que se demonstrou impositiva e difícil de lidar e ao mesmo tempo ocupada e temerosa com a vida de uma filha que agora se lançava no mundo.

Uma mãe de quem apenas extraímos fragmentos, achismos que se formularam em um diálogo telefônico marcado pela minha escuta das críticas que ela proferiu à filha, das narrativas e emoções exaladas por Flor e a percepção endurecida das profissionais.

Uma mãe que chega pra nós sem que possamos saber qual seu papel efetivo nesta relação, o que passou em sua existência e quais são suas fragilidades/dificuldades. Uma mãe em retalhos, apenas.

Uma pena que não se pode avançar neste contato. Mas até sua ausência, de certa maneira, também foi interferência, uma vez que não alcançamos “outras vistas do ponto”, outros sentimentos e sentidos. Ficaram as interrogações.

Uma história tem sempre muitos lados e sentidos envolvidos. O que nos foi possível com esta cartografia foram as que a usuária-cidadã-guia nos narrou e as impressões das profissionais:

G- Minha avaliação desse momento, eu não percebo isso, assim, eu não acho que ela tem uma tristeza sim, tem uma baixa autoestima, tem uma dificuldade de se posicionar. Em algumas situações muito mais na família do que no trabalho até. Eu acho que o trabalho gerou para ela uma independência, alguma coisa assim de algum certo resgate dessas relações, de outro espaço para ela, mas ela passa por uma situação de muita violência em casa...

D- Você entende como violência o que ela passa em casa com a mãe?

²⁸ Velho (2003), ao abordar o campo da trajetória individual nas sociedades complexas moderno-contemporâneas, trata do conceito de *projeto*, da existência de projetos coletivos e individuais que percorrem as trajetórias dos indivíduos.

G- Eu entendo como violência, como abuso, um assédio, eu entendo como uma violência, assim, o que acontece, porque é uma violência psicológica, moral, física, então eu acho que é uma violência.

D- A Floribella traz isso nos seus atendimentos.

G- Traz, traz, ela traz isso. E aí é muito complicado porque inclusive é um tipo de violência que não é muito esperado, não é muito falado, porque da mãe com a filha, uma filha adulta já e ela uma idosa, ela não é idosa, mas ela se apresenta como uma idosa, a Dona né, mas tem toda uma questão. Parece que todo mundo fica muito constrangido até de falar sobre isso, por ser a mãe uma senhora idosa né, que você não espera uma coisa dessa no geral, e isso foi falado, a Floribella trouxe para atendimento comigo e trouxe para atendimento com a Rosa também. É uma coisa que ela traz e que se mantém, a estrutura familiar é dessa maneira que funciona e por motivos assim banais, então eu entendi que essa situação era assim. Tanto que, por exemplo, no prontuário dela eu não coloco nenhuma situação, nada assim de transtorno disso, daquilo, eu coloco conflitos familiares, porque eu acho que a questão dela, nesse momento, como se apresenta para mim, é muito mais do reflexo que essa relação familiar traz para ela, do que se ela inicialmente tem ou não tem algum transtorno psiquiátrico ou psicológico sabe...

(ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA GIRASSOL)

(...) a gente seguiu, eu não consigo ver, de repente, o que a gente avançou. Eu acho que foi isso de fazer elas pensarem nas relações, ver que, poxa, né... tem uma equipe que tá vendo que não tá legal a nossa relação e tá tentando ajudar isso. Eu acho que a nossa proposta inicial era essa, da gente tentar pelo menos um movimento delas refletirem pra buscar um caminho, pelo menos viver em uma forma, nem digo assim, de ter uma relação tão próxima, mas pelo menos respeitosa, né?

Eu não sei, não sei se são relações familiares de que a gente não entende, são coisas que vem desde, pelo o que a gente entendeu, desde a gestação da Floribella, que não foi planejada. Então assim, não sei se realmente se a gente vai dar conta disso, assim, de mudar essa relação delas. (...), mas eu acho que tem mais possibilidade de atuar no sentido da Floribella não se sujeitar a isso, entendeu? E tentar com a mãe que ela não seja, de que ela entenda que passa do limite, entendeu? Tem aquela coisa de briga de mãe e filha, mas que o delas tá ultrapassando.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

Se reconhecemos que neste caso existem expressões e dinâmicas de violências dentro da relação, cabe a reflexão de como este fenômeno social tem se inserido no tema da família.

A violência é um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, cujo espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade, tendo suas facetas como objeto de apreensão no cotidiano.

Para Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, grupos ou uma comunidade, resultando ou com grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Tem como essência o fato de ser fenômeno social, enredado a nível das relações sociais, onde todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social que mantém ativos os focos de violência. A violência é própria da condição humana, aparecendo de forma peculiar em sociedades específicas, cujas questões que são fundamentais se dão de formas particulares, e as questões sociais são vivenciadas individualmente, tendo em vista que somos ao mesmo tempo sujeitos e objetos deste fenômeno. Se expressam no interior das relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições (MINAYO; SOUZA, 1993; MINAYO, 1994).

Mioto (2003) discorre que a família é constantemente associada às discussões de violência, ora porque é apontada como violenta, ora como protetora. Sua importância é tamanha que se constitui como objeto de intervenções profissionais, convocando diferentes profissionais a atuar e solucionar situações familiares que envolvem violência(s):

F- (...) hoje mesmo a gente brigou por um simples fato porque eu queria trazer o celular, ela “- não você já levou ontem para o trabalho”

Eu: “- tá... e a gente brigou, discuti, teve agressão física da parte dela...”

D- Costuma sempre ter?

F- Sempre...

D- O que que ela faz?

F- Ah agora ela tá puxando meu cabelo direto, (...) agora defesa dela é isso, ela vai puxando meu cabelo porque eu não consigo... ela tem uma força maior que a minha então acaba me machucando de verdade.

D- Você pede para ela parar?

F- Ela não para, assim eu tento, ela fala que “- você não me obedece por isso que eu te bato”, às vezes assim quando ela tá discutindo comigo eu não posso falar nada eu tenho que ficar quieta porque se ela tiver me xingando eu tenho que deixar ela me xingar porque se eu falar aí que ela vai para cima de mim, ela acha que eu tô respondendo e não é isso...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

No que concerne à violência doméstica, esta teve seu reconhecimento social quando a relação entre violência e família se tornou escopo das mobilizações da sociedade civil, que culminaram no reconhecimento da existência da violência no âmbito doméstico e na criação de ações em diferentes frentes de atuação (jurídico, assistencial, saúde, entre outras áreas) coibidoras destes atos

A movimentação em torno da defesa dos direitos de cidadania e o compromisso de intelectuais, juristas, operadores sociais, trabalhadores da saúde com a questão desembocou na estruturação de uma área multidisciplinar de conhecimento e intervenção social, a qual denominamos

de violência doméstica. Seu objeto é o que ocorre no âmbito privado, decorrente da violação de direitos na relação entre seus membros (MIOTO, 2003, p. 97).

Aprofundando o entendimento de, no caso da violência experienciada por Floribella, caberia caracterizá-la, além da violência doméstica, na tipificação de violência intrafamiliar, sendo esta considerada como “qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros” (BRASIL, 2002).

Hermel e Drehmer (2013) referem que na literatura consta a evidência de que o impacto da violência para os indivíduos pode estar relacionado com a natureza da agressão, a durabilidade e intensidade empregada, o vínculo afetivo entre vítima e agressor, com as capacidades emocionais, de rede de apoio e término da violência.

Nestes casos de violência íntima, o contexto pode ser ainda mais grave, considerando as dificuldades na identificação, notificação ou capacidade de atuação, visto que, na maioria das ocasiões, ela se expressa de forma sutil ou velada, não detectável nos espaços em que a vítima circula ou pelas pessoas que convivem com ela.

Todavia, se nos distanciamos da violência, uma outra compreensão que se possa incluir em relação a essa dinâmica familiar, pode-se caminhar para a discussão da autonomia.

Se há o reconhecimento de que Floribella era regida por sua mãe, que interferia contundentemente em suas escolhas e liberdades individuais, nos diferentes aspectos de sua vida, pode-se problematizar que havia o comprometimento da autonomia, tendo como base a referência de que a autonomia diz respeito a capacidade de gerir a própria vida e tomar decisões.

Floribella detinha a capacidade cognitivo-comportamental de se orientar na vida, fazer escolhas e tomar decisões. Mas para o exercício de sua autonomia, passou a contestar a mãe para valer de seu autogoverno e independência moral. No plano psicoafetivo, Flor sentia-se aprisionada pelas determinações de sua mãe.

Para Marques (2016), a autonomia do sujeito, no cuidado em saúde mental, passa a ser para as equipes que atuam com pessoas em sofrimento psíquico, um operador tão importante quanto os diagnósticos clínicos. Quanto menor a autonomia, maiores são as exigências de intervenção pelas equipes e suporte tecnológico ao paciente.

Das imposições da mãe, chamou a atenção a administração do dinheiro da filha - ainda que fosse acordado entre elas este gerenciamento pela genitora. Quando Floribella desejava ter acesso à quantia para gastos próprios, era interpelada pela mãe. Havia também as interferências nas interações com amigos, nos desejos e nas necessidades de Flor na relação com o namorado, nos suggestionamentos relativos à imagem física da jovem e até nas projeções de futuro (o que fazer, como e quando):

D- Então hoje você ser a responsável pela família não é um problema para você? Responsável eu digo no sentido econômico.

F- Não, porque eu, tipo, ela cuidou de mim, porque eu não posso ajudar também? Então a única coisa que me estressa um pouco é ela me privar das coisas, única coisa que é nossa briga é que ela me priva muito, eu não tenho amigos, de eu não poder sair, de eu ter que falar tudo o que eu tô fazendo. Porque ali tudo controlado, quem controla o dinheiro é minha mãe, não sou eu, às vezes eu tenho que pegar dinheiro, meu próprio dinheiro escondido dela, o dinheiro é meu, por que eu vou pegar escondido se o dinheiro é meu?

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O fato é que a aparente perda da autonomia, no caso desta cidadã-guia, em plano inatingível de providências legais e normalizadoras, colocou em xeque as dificuldades de se pensar uma intervenção exclusivamente pautada no plano das objetividades.

Camino, Camino e Moraes (2003) discorrem que as formas como se socializam os indivíduos são múltiplas e bastante complexas, sendo necessário se analisar tanto o papel dos diversos agentes de socialização no desenvolvimento dos princípios morais, como realocar as influências destes agentes nos contextos nos quais elas se efetuem.

A família é reconhecidamente um agente de socialização dos indivíduos, e tem historicamente desempenhado papel importante a ser analisado no desenvolvimento dos princípios morais. Contudo, quando pensada a conduta dos pais, deve-se ter em conta que esta não é somente determinada pelo contexto sociocultural em que se insere, mas também que é afetada pelo comportamento dos próprios filhos (CAMINO; CAMINO; MORAES, 2003).

Ainda segundo os autores, uma determinada situação, em um contexto específico, não pode caracterizar a relação entre pais e filhos. Se faz necessário o estabelecimento de certas relações constantes entre as formas como os pais atuam em relação ao comportamento dos filhos e as diferentes situações do cotidiano, para

caracterizar um estilo de socialização (MUSITU; GARCÍA, 2011 apud CAMINO; CAMINO; MORAES, 2003, p. 44). A respeito dos estilos de socialização, estes seriam caracterizados pelo conjunto de técnicas e formas de atuação que englobam desde atitudes de aceitação até atitudes de controle dos comportamentos indesejados e imposição de limites aos filhos, mediante o que a literatura denomina de controle parental.

Se considerarmos as formas de socialização postas pela genitora, a conduta moral que estabeleceu subjetivamente e operou com a filha, caberia de início menos julgamento e maior estreitamento para tentar entender quais eram as bases desta sociabilidade e em que se podia interferir.

Neste estudo, foi decisivo validar que nesta relação estavam embutidos papéis que cada uma desempenhava e que, de certa maneira, foram durante algum tempo acordados entre as partes, mesmo que de forma tortuosa e incompreensível por nós, outros agentes de socialização e instituição de moralidade.

Portanto, a conjugação desta relação pôde ser entendida como um *modus operandi* de se viver. A superação da sensação de opressão e desvalidações do desejo, sentidas por Floribella, estavam, na verdade, em instigar o movimento próprio de mudança dela. Mas como?

Das significações de todos os sujeitos-autores envolvidos nesta pesquisa, o que se encaminhou foi a necessária modificação nas bases dessa relação.

Grande parte dos achados da pesquisa se direcionou para a compreensão de que esta relação, como se estabelecia, comportava-se como barreira para a produção de cuidado de Flor:

D- Para cuidar de Floribella, qual é a principal barreira ou barreiras para esse cuidado com ela?

R- Olha, eu acho que a Floribella aderiu bem à proposta, principalmente do acompanhamento com a psicologia, né?! Que no primeiro momento a gente nem sabia se ela ia topar ou não.

Acho que isso foi certo, mas acho que a principal barreira dela é a mãe.

É a mãe que quer controlar tudo, que às vezes tem outra demanda de que precisa ir em outro lugar e Floribella tem que acompanhar...

Eu acho que a principal barreira é... eu até achei, antes de conhecer a Floribella, pelo o que a mãe falava, que a Floribella não falava, né? Que a Floribella não se expressava, não conseguia falar pelo o que a mãe falava (...).

Acho que a principal barreira dela é a mãe, assim, desse controle, desse controle mesmo que quer ter sobre ela, e que a Floribella acaba também, às vezes, pelo menos o que a gente percebeu, que ela não se posicionava muito (...). Acho que a principal questão dela é o relacionamento também, né?! A forma como construiu isso

aí, essa dependência uma da outra, que acaba sendo que ela é também dependente da mãe por conta da relação que elas têm, e acho que o que ela precisa mesmo é ter essa autonomia, uma maior autonomia. Acho que é isso, a principal barreira que eu vejo é essa.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

D- Você se sente cuidada pela sua mãe?

V- (...) me sinto cuidada, mas me sinto um fantoche, um passarinho preso na gaiola...

D- Como é que é esse cuidado que te sufoca?

F- Tipo, ela faz as coisas sei que é para o meu bem, mas meio que ela interfere na minha vida, por exemplo em relação ao trabalho, ela aparece lá no trabalho, ela fica falando com meu gerente de mim e é uma coisa que eu não gosto (...)

D- E você acha que isso é cuidado?

F- Sinceramente, eu acho que isso é sufoco mesmo, parece que eu tô, a coleira tá apertando (...). Cuidada me sinto por "- eu lavo sua roupa, eu faço tua comida", essas coisas, mas isso dela ficar indo no meu trabalho, ficar falando com meu gerente...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Em uma produção do cuidado, no tocante às barreiras encontradas para a garantia do cuidado, comumente encontram-se e problematizam-se dificuldades relacionadas ao acesso dos indivíduos a recursos dos serviços e ações profissionais, às precárias condições de vida e à burocratização da vida.

Não desconsiderando estes componentes, mas há uma urgência em examinar outros aspectos existenciais dos indivíduos e tudo aquilo que rebate em sua produção de vida.

Quando as barreiras estão na ordem da atenção, do respeito, da confiança, do desejo, ou seja, no plano das subjetividades, que estratégias podem ser pensadas e inscritas para auxiliar nas circunstâncias onde o que se pronuncia é a fragilidade na afetividade das relações?

7.3.2 Segunda Interferência: condições de vida

As condições objetivas de vida e o processo singular de produção do cuidado da cidadã-guia se correlacionaram de maneira significativa nos atos da vida cotidiana, nos meios de manutenção da subsistência e nas projeções de futuro.

Pensar as condições sociais e materiais existentes nos convocou a resgatar novamente o papel do trabalho na produção de vida da usuária.

Floribella teve outras experiências de trabalho remuneradas, mas somente com esta conseguiu "melhor estabilidade" no mercado de trabalho e seguridade para

seus direitos trabalhistas. Neste trabalho se viu tendo que assumir responsabilidades e que desenvolver novas habilidades:

F- No começo, quando eu entrei, assim, porque eu não tenho muita agilidade para as coisas não, confesso que eu sou meio paradinha, no começo o gerente me colocou na linha, a linha é o que, onde faz o sanduíche, o gerente me colocou ali, e ali tem que ter agilidade, passando as coisas. Tem que memorizar o sanduíche “- ai meu Deus do céu não vou conseguir”

D- Não tem algo explicando como é a montagem de cada um?

F- Sim, tem um negocinho, tipo uma plaquinha, “-Ai Floribella, vai rápido que não sei o quê”. Aí teve, no primeiro dia eu chorei, “- ah não, eu não quero mais ficar aqui, me tira daqui”, aí o gerente ele insistiu, me colocou no dia seguinte, aí me colocou de novo, acho que eu fiquei três dias só... eu não quero mais ficar aqui, não, não, eu ia lá em cima chorava, aí eu voltava ainda tava com a cara toda inchada,” Floribella você chorou né?” Então, só um pouquinho...

Aí ele me tirou, eu fiquei lá no salão onde você viu, aí fiquei ali na minha experiência toda, não saía dali

Aí comecei a ter uma raiva, toda hora ficar no mesmo lugar, todo dia fazer a mesma coisa, aí não.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Era pela atividade remunerada que exercia que mantinha o sustento da família. Sua genitora, que sempre esteve inserida em atividades laborativas, ao adoecer e ser atravessada pela deficiência física (a amputação do dedo do pé), não conseguiu mais restabelecer condições para retornar ao mercado de trabalho. Após meses de tentativas dificultosas, conseguiu o reconhecimento do direito previdenciário, sendo concedido o **auxílio-doença**²⁹, que segundo conversa com a assistente social, ainda não tinha conseguido o acesso à quantia pela falta de sinalização do Instituto Nacional do Seguro Social da concessão do benefício. Passados alguns meses do deferimento do pedido do benefício, além do atraso na comunicação da liberação, o direito ao recurso financeiro já tinha seu prazo de validade definido e limitado - mais barreiras incididas nesta família.

Dessa forma, a jovem estava se portando como a mantenedora da família, o que impunha para ela certas atribuições para assegurar o mínimo das condições de vida dela e da mãe. Além disso, a família composta de mãe e usuária teve, há quase três anos, a inclusão de uma criança como membro e dependente.

²⁹ O Auxílio-Doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença ou acidente. Maiores informações disponíveis em: <<https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/auxilios/auxilio-doenca/auxilio-doenca>>.

As responsabilidades com o cuidado da criança estavam ocasionado certos conflitos entre mãe e filha, pela situação delicada de como a criança foi incluída nesta família, filho de uma vizinha que Dona passou a criar, e de como decorria sua permanência:

F- Além de nós duas, ainda tem o Bebê de dois anos, assim não é meu filho, não é meu irmão, não é nada meu (...).

Aí cheguei, a mãe pegou ele de volta, isso foi numa quinta-feira, quando foi no sábado, aí ela, “Dona, tem como o Bebê ficar aí com você, porque eu vou no mercado? Aí tá bom, ele ficou lá (...), foi ficando, foi ficando, aí no dia seguinte já, a minha mãe, “pega o leite , traz o leite, traz uma roupinha pra ele”, traz não sei o que (...), aí minha mãe que levava pra dar vacina, minha mãe que levava para médico, quando precisava (...) quando ele tava com sete pra oito meses ele pegou uma celulite facial aí minha mãe levou ele na UPA, ele já era conhecido na UPA (...) minha mãe não tinha nenhuma autorização, aí apareceu Conselho Tutelar, apareceu a assistente social lá, quase que deu ruim, quase que minha mãe foi presa, ela só não foi porque viram que ela tava tratando o menino direito, com carinho (...).

D- Ele ficou muito tempo internado?

F- Sim, ele no total ficou 13 dias e depois quem ia pegar? A mãe perdeu a guarda né, por conta disso que aconteceu, perdeu a guarda e quem ia ficar com a guarda dele ia ser a avó paterna, só que a avó paterna não quis, a opção foi minha mãe (...) saiu lá do hospital e teve que ir pro abrigo, ficou um mês no abrigo, aí minha mãe ficou com a guarda provisória, tá com a guarda provisória até hoje.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O acolhimento à criança, por intermédio da mãe de Flor, expressou com um agravante no relacionamento das duas. Floribella, mesmo tomada de afeto, percebeu que a presença da criança exigia responsabilidades e suporte socioeconômico que ela e sua mãe não tinham como ofertar. A genitora, por sua vez, apegou-se à criança como filho e ainda tinha dúvidas se devia ou não seguir com o pedido judicial de guarda.

Esta situação, inclusive, recebeu atenção no acompanhamento prestado no CMS, ganhando centralidade como o difusor ou acentuador do conflito familiar, se portando em certas ocasiões como fonte de discórdia entre as duas.

Por uma escolha da genitora, Floribella teve de adequar-se a uma rotina inclusa com outro dependente, que da mesma forma em que a convivência e coabitação traziam alegrias, pois construiu vínculo com o menino, tinha dúvidas se deviam formalizar o cuidado juridicamente.

A situação de cuidado, vista por Floribella, caminhou para o reconhecimento de que existiam limitações objetivas que rebatiam na organização familiar e que implicavam maior comprometimento e provisão dela:

D- O Bebê não é uma criança que gera conflito na relação entre você e sua mãe?

F- O estresse na verdade é quando minha mãe se estressa com ele, porque ele é muito, muito travesso, eu fico assim, meu Deus do céu, tô ficando maluca com esse garoto, ao mesmo tempo que ele é fofo (...), ele também é o travessinho da casa, como ele também tá fazendo tratamento no posto com pediatra, ele tá passando também pela psicóloga infantil.

[...]

D- Você acha que a vida de vocês é difícil?

F- É bem puxado, porque agora, no momento ela pode voltar a receber pelo INSS como também não pode, a gente ainda não tem a certeza, então quem tá segurando a barra sou eu, eu que tô pagando aluguel, eu que tô comprando gás, às vezes não dá, porque o dinheiro no XX é pouco, aí às vezes ela pede emprestado, quando a gente precisa para comprar alguma coisa, para pagar alguma coisa, aí depois quando eu recebo ela paga de volta. Agora que ela está recebendo auxílio emergencial também, tá ajudando muito, e também tem a questão do Bebê, que o Bebê gasta né, com roupa nem tanto, roupa pessoal dá, é mais fralda, leite, remédio, pomada, essas coisas, e fica bem puxado mesmo.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

O contexto de vida dessa família demonstrou tanto uma fragilização das relações afetivas quanto de precarização econômica. A realidade objetiva de vida estava atravessada pela escassez de recursos econômicos que não contemplavam as necessidades básicas de manutenção da vida.

Flor, sua mãe e a criança residiam em imóvel alugado, descrito por ela como pequeno. Com recorrência, dependiam do acionamento de outras redes (vizinhança, igreja) para complementar os recursos existentes.

Diante deste contexto socioeconômico familiar, pode-se correlacionar esta realidade de vida a uma vivência inscrita sob um contexto de vulnerabilidade.

Vulnerabilidade é termo interdisciplinar aplicável a diversos campos temáticos, que vão de uma vulnerabilidade individual, que presume uma fragilidade intrínseca do ser humano, à vulnerabilidade social, que aponta para condições sociais mutáveis. Na representação conceitual, articulam-se os componentes: individual, referente às informações que a pessoa tem sobre o problema e à capacidade de operá-las; social, que diz sobre a obtenção de informações e ao poder de influir social e politicamente; o programático, pertinente à qualidade e ao funcionamento efetivo dos programas de controle e serviços (SEVALHO, 2018).

Quando relacionados aos aspectos da ontogenia humana, quando na crise entre a experiência da descoberta da finitude que se moldam os instintos de negação frente ao existir, que poderia ser considerada uma das primeiras formas de

vulnerabilidades as quais estamos expostos desde o nascimento, pois, expressa o caráter vulnerável de nossa própria existência (MEIGA; BERG; VESTENA, 2020).

Na saúde, o conceito está ancorado “em uma expectativa renovada das práticas preventivas e de promoção da saúde, e abrindo importantes possibilidades para a discussão epistemológica e ético-jurídica em relação ao cuidado em saúde” (OVIEDO; CZERESNIA, 2015, p. 238).

Para Oviedo e Czeresnia (2015), a abordagem mais característica da vulnerabilidade é a que se ocupa em desvendar como dinâmicas sociais e culturais mais abrangentes, conectadas com aspectos individuais, criam condições que aumentam a possibilidade de certas ameaças se concretizarem.

No que diz respeito aos processos de marginalização e da exclusão, Castel (1997) discorre que nas situações marginais aparece um duplo processo de desligamento: em relação ao trabalho e em relação à inserção relacional. Em cada um desses eixos, há três gradações: trabalho estável, trabalho precário, não-trabalho; inserção relacional forte, fragilidade relacional, isolamento social. Com as gradações, obtém-se três zonas, a zona de integração (trabalho estável e forte inserção relacional, que sempre estão juntos), a zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e a zona de marginalidade ou desfiliação, que demarca o duplo processo de desligamento: ausência de trabalho e isolamento relacional.

A zona da vulnerabilidade, neste aspecto, ocupa uma posição estratégica, como espaço social de instabilidade, ocupado de indivíduos em situação precária na sua relação com o trabalho e frágeis em sua inserção relacional.

Perguntamos à usuária-cidadã-guia como enxergava seu atual contexto de vida, no aspecto econômico e de manutenção material, e algumas respostas mostraram os efeitos sentidos por ela por estar nesta condição de vulnerabilidade socioeconômica:

D- A vida de vocês sempre foi difícil financeiramente?

F- Não, não sempre, quando minha mãe trabalhava na entrega de jornal ela sempre recebeu bem, nessa época de Natal então, aí que ela recebia mesmo, porque tinha a caixinha de Natal e os assinantes sempre davam alguma coisa e tal, nossa minha mãe gastava demais sempre, eu acho que que era dois ou três sábados no mês ela sempre aparecia, quando chegava do trabalho, cheia de bolsas de compra e tal, a gente nunca teve esse, esse sufoco como a gente tá agora. Infelizmente nossa geladeira não tá aquela coisa cheia, toda estocada, às vezes realmente falta alguma

coisa para gente, até para gente comer, aí a gente tem que pedir emprestado e tal, e é isso, agora tá sufocante o negócio.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Se nos aproximamos da concepção de vulnerabilidade como aquela em que os indivíduos vivem em situação precária na sua relação com o trabalho e fragilizados em sua inserção relacional, deve-se problematizar sobre quais as condições em que a usuária tem se inserido no mundo do trabalho.

Em relação ao trabalho, Silva e Lehfeld (2019) descrevem que os jovens da classe trabalhadora, vivendo em níveis de pobreza mais acentuados, desistem dos estudos para se inserirem em ocupações que dificilmente oportunizarão ascensão econômica e social. Em nosso país, a situação de pobreza e a consequente exclusão social são as principais razões pelas quais a juventude não goza plenamente de sua cidadania, sendo um dos fatores a qualidade de sua inserção no mercado de trabalho (LOBATO; LABREA, 2013).

Floribella descreveu minuciosamente suas atividades nesse começo no mundo do trabalho institucionalizado:

D- Até hoje você faz isso?

F- Sim, só que agora como eu sei outras áreas eu já não fico ali direto, aí eu fiquei ali uns três meses certinho, aí quando eu tava indo pro quarto mês, “- ah! não, aguento mais isso aqui não”, aí comecei a reclamar, como já tinha intimidade com gerente, gerente da noite, quero sair daqui, quero aprender outra área, eu não aguento mais, aí que eu fui aprender outras áreas, fui pra batata.

Olha, quando eu fui pra aquela batata, eu preferia ficar no salão, porque ali também tem que ser muito rápido, eu ficava ali da hora que eu chegava até às 18 horas, eu chegava às 16h e ficava até as 18h, a hora do break que a gente chama, que é à hora do descanso.

D- Sua jornada é de 8 horas?

F- É

D- E você tem descanso de quanto tempo?

F- Uma hora... aí eu ficava quando dava 17:30 começava o movimento das crianças já chegando, saindo da escola, aí ficava, aí olhava ali pro lado a fila já grande, e eu ainda não tinha feito a batata e tal, “ai meus Deus me tira daqui”, aí o gerente em cima de mim, vai Floribella, vai, vai, vai...

Aí fiquei lá por um bom tempo ali, só que eu aprendi, teve um tempo que eu aprendi, o gerente, tinha um gerente que ele era muito rápido e tal, e ele ficava em cima de mim, vai Floribella, vai, vai, vai, até que eu aprendi...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

Rosa (2013), refere que o trabalho, no setor de serviços, resguarda características peculiares, e que no caso dos restaurantes de comida rápida,

demonstram uma mescla entre o caráter produtivo com o de prestação de serviço, carregando traços do que se atribui ao modelo de flexibilização do processo produtivo.

A flexibilização do trabalho³⁰ refletiu nas inovações no plano das tecnologias, na informação e na organização no processo produtivo, principalmente no que tange à força de trabalho e às relações estabelecidas.

Segundo Antunes (2020), os trabalhadores(as) encontraram-se cada vez mais expostos à intensificação dos ritmos, tempos e movimentos em seus trabalhos, como consequência da ampliação da automação, da robótica e do universo informacional e digital na produção e também em razão das novas modalidades de trabalho pautadas pela multifuncionalidade, pela polivalência, pela criação e expansão das células ou times de produção, todos estes aspectos inseridos em um complexo processo de interiorização das formas de envolvimento e sujeição.

As suas projeções futuras de vida reforçaram alguns traços de sua trajetória, aspectos do seu contexto econômico e social e os tensionamentos na relação com a mãe, um entrecruzamento de elementos constituintes de um formato de vida em plena transição:

D- Quais são seus maiores sonhos?

F- Sair do aluguel, desde que eu me entendo por gente, a gente mora de aluguel, só nesse morro que a gente mora a gente já mudou umas cinco vezes de casa...

é... ter uma casa minha, fazer alguma coisa, uma faculdade, um emprego novo, e ter minha independência porque mesmo eu trabalhando, tendo meu dinheiro, eu não tenho minha Independência.

Eu quero mesmo é ter minha independência, querendo ou não minha independência tem que ser, só vai acontecer mesmo, eu saindo de casa, é o único jeito que eu vejo, a única solução que eu vejo é eu sair de casa, tanto que esse pensamento vira e mexe fica na minha cabeça, sair de casa, sair de casa, sair de casa...

E quando eu brigo com ela, no impulso eu tenho vontade de pegar minhas coisas e ir embora, eu já fiz isso, já, mas sempre voltava por medo, tá e agora? Porque eu tenho um pouco de receio de sair de casa, medo de... um medo na verdade, medo de pô, vou sair de casa e agora? Medo de não ter um apoio depois.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA).

Com Floribella nada foi determinístico. Tudo foi mutante e oscilante quando envolvia acompanhar seus modos de vida. Nossa usuária-cidadã-guia nos exigiu refazer caminhos “lógicos” de associação das condições de vida-trabalho e repensar as formas de se relacionar.

³⁰ Rosa (2013) detalha a respeito dos modelos de acumulação produtiva e os impactos no trabalho.

Da mesma maneira que reconheceu e apontou as dificuldades enfrentadas em uma rotina desgastante e mal remunerada, os problemas enfrentados na convivência com família, do pouco recurso financeiro que possuía, Flor ressignificou o seu lugar social:

F- Minha mãe fica “- Floribella, procura outro emprego, esse XX. não é para você, você ganha pouco”. Eu sei que ela tá certa, mas o que que eu faço para sair de lá, cadê que eu procuro outra coisa, não procuro...

D- Mas você quer?

F- Eu quero, mas eu não procuro, não sei. É isso que eu tô falando, comodismo da minha parte.

D- Mas de onde vem esse comodismo, você acha que tem raiz em alguma coisa?

F- Eu não sei, não sei se eu quero ter alguém que me levante, sabe, porque a minha mãe ao mesmo tempo que ela me levanta ela me põe para baixo, ao mesmo tempo que ela fala uma coisa para eu ficar animada e tal, ela acaba de falar e já me coloca para baixo. Eu fico assim (...) eu não sei se tá faltando alguém para me dar um levante (...).

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

A visão de mundo que tem, para ela tem todo um sentido no seu modo de caminhar na vida e suas inclinações. Não tentou justificar que a complexidade de sua vida, em alguns aspectos, tem vinculação com uma estrutura sociocultural e econômica maior. Compreendeu que determinadas limitações do contexto social em que se insere deve-se, em parte, a uma responsabilização pessoal, na qual a condição de superação tem de vir individualmente, se assim desejar:

D- Você acha que a sua condição social hoje, e o local onde você mora, não são barreiras para você conseguir melhorar sua situação de vida?

F- Não porque assim...

D- Conseguir um trabalho melhor, por exemplo, você acha que não é barreira?

F- O local não quer dizer nada, o negócio é a gente se esforçar. Ah tipo, por exemplo, vão me colocar num digamos, eu consigo um emprego que não sei nada, é só eu me esforçar que eu vou aprender.

A condição de morar em Morro não tem nada a ver, a gente que tem que se qualificar para aquele emprego, é isso.

D- Você acha que depende muito mais de você...

F- Sim...

D- (...) Você acha que falta alguma coisa de, sei lá, de possibilidades para você, enquanto jovem, para você poder atingir seus objetivos, por exemplo?

F- Não, no caso eu que não tô correndo atrás mesmo, tô muito na minha bolha, eu confesso que eu não sou muito de ficar correndo atrás do que eu quero, fico meia parada querendo que caia do céu.

Eu sei que isso nunca vai acontecer, eu sei que eu tenho que tomar atitude, mas sei lá, às vezes parece que me sinto, parece que eu tenho um bloqueio, e isso com relação a tudo, fazer alguma coisa para mudar de vida, para ter um emprego melhor, não sei se talvez seja por comodismo mesmo da minha parte, é isso.

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

7.3.3 Terceira Interferência: atuação do serviço de saúde

Proponho aqui uma analogia, vamos imaginar o cotidiano de um serviço de saúde como uma série televisiva que mostra os bastidores de uma dada realidade, mesmo que ficcional. Uma série se estrutura em episódios (dias) onde cada um mostra acontecimentos do desenrolar de uma ou mais histórias.

Às vezes somos surpreendidos com reviravoltas, em outras, verifica-se morosidade e recorrências de situações e falhas na tomada de decisão dos personagens. Faz parte daquela trama, as repetições nos acontecimentos e condutas e as fases de mudança, superação e reinvenção daquela realidade provocada pela ação/atitude dos personagens.

O cotidiano de um serviço, visto por esta ótica, tem sua trama desenvolvida a cada dia. Cada dia se apresentam contextos e situações individuais e coletivas a serem mediadas via ações, interações, articulações e/ou planejamentos. Condutas aplicadas pelos profissionais, gestores de comum acordo, ou não, com os usuários. Todos protagonistas de uma história contínua, que certos dias produz como desfecho o sucesso, e outros não.

Já identificamos que o serviço de saúde, na composição de vida da usuária-cidadã-guia, comportou-se como ponto de conexão da sua rede de cuidados. E neste ponto de conexão, os agentes institucionais (profissionais) desempenharam papel importante na interlocução entre os problemas acolhidos e a proposição de alternativas.

Leal e Muñoz (2014) defendem que se torna mais fácil conhecer a rede de suporte de pessoas com transtornos mentais quando estas pessoas passam pelos serviços e se conectam de alguma forma com ele.

Não há dúvidas que o CMS se apresentou como rede de apoio para a usuária. Entretanto, percebe-se que esta conexão era afrouxada e descontinuada, vazando, em partes, no que poderia se formular como integralidade do cuidado.

Vamos aos fatos. Anterior à identificação, pela equipe de saúde da família responsável pela usuária, da manifestação do sofrimento psíquico e a necessidade de apoio para a situação, Flor foi à procura de acolhimento para suas angústias e

pesares, mas diante da ausência de vagas para atendimento psicológico, não pôde seguir com o atendimento de sua necessidade:

F- Eu já tinha ido lá no posto um tempo atrás de atendimento psicológico, que já não tava legal...

D- Há quanto tempo atrás?

F- Tem uns três meses, tem bastante tempo, aí o médico falou para mim que não tinha vaga, que tava cheio, aí eu deixei pra lá... aí eu “- deixa, deixa para lá, deve ser coisa da minha cabeça”, aí eu desisti, aí agora surgiu a oportunidade, vamos ver no que vai dar...

(ENTREVISTA COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA)

No que tange às respostas aos problemas de saúde enfrentados pelos usuários, com a criação do SUS, tivemos uma reorganização sistêmica orientada para “promoção de políticas públicas capazes de garantir recursos humanos, investimentos e tecnologias que satisfaçam as reais necessidades dos usuários” (VIDAL, 2008, p.133). Nesta organização, o acesso à saúde é compreendido como promoção, prevenção e disponibilidade de serviços assistenciais, a fim de que o direito à saúde, em seu sentido amplo, seja consolidado.

Segundo Vidal (2008), as políticas de saúde têm sido planejadas para o melhor acesso aos serviços de saúde, na busca pelo melhor atendimento. Apesar disso, mesmo com avanços no plano organizacional, o que se verifica no cotidiano do sistema de saúde é uma “demanda reprimida”, que seria o acesso incompleto aos serviços e ações de saúde pelos usuários.

A “demanda reprimida” seria resultante: da falta de acesso aos diferentes tipos de serviços e ações de atenção primária; a falta ou descontinuidade no acesso entre os diferentes níveis de atenção à saúde; e negativa no acesso no interior de um mesmo nível do sistema (VIDAL, 2008).

Com Floribella, verificamos tanto a situação da demanda reprimida quanto a ausência de atenção, durante muito tempo, das suas necessidades de saúde.

Chamou a atenção o fato de que na primeira vez em que manifestou esta necessidade, de atenção ao seu sofrimento psíquico, não foi acolhida como desejou, como também não foi acompanhada para esta questão pela equipe de saúde da família que a assiste.

Se ela manifestou interesse pelo atendimento psicológico, por que não indagaram o que lhe motivou a procurar este atendimento? Por que o médico não

acolheu, inicialmente, este sofrimento? Por que não acionaram a enfermeira de confiança da usuária? Ou o agente comunitário que conhece a família e seu território de moradia. Onde estavam os profissionais que são sua referência? Muitas indagações.

As primeiras impressões que ficaram foram de que no seu percurso terapêutico, no interior da instituição que já a conhece desde o nascimento, tiveram atravessamentos para o cuidado . O insucesso ocorreu não pelo impedimento para o atendimento psicológico, algo que ela elaborou como tentativa do cuidado de si³¹ - ainda que configure pistas de uma precarização do serviço. O ato falho que aqui destaque é a ausência de investimento no cuidado, de atos de saúde que, ao empregarem tecnologia leves, pudessem ouvir e acolhê-la, não reduzindo a solução de sua angústia à consulta especializada.

Em um ambiente em que a demanda por atendimento se sobrepõe aos recursos existentes, que os momentos de trocas e organização do processo trabalho são reduzidos, a potencialidade para o trabalho profissional coletivo acaba por sofrer impactos.

Acrescenta-se a este cenário, a escassez de investimento nos profissionais, na formação e qualificação como direção para melhoria também do cuidado.

Pereira, Búrigo e Carvalho (2010), ao discorrerem acerca da integralidade e formação profissional para o cuidado em saúde, colocam que dentro do cotidiano de trabalho o trabalhador sofre influências e pressões de determinações cruzadas. Uma delas no sentido da desvalorização do próprio projeto público e universal de saúde, outra pela visão de uma medicina preventiva, no lugar da curativistas. Estas influências podem ser justificadas pelos salários baixos e pelos ambientes empobrecidos de trabalho, adicionadas à estrutura burocrática dos serviços públicos de saúde, certas vezes fechada e hierarquizada, pouco capaz de absorver o conhecimento que o trabalhador desenvolve em seu cotidiano. Daí a necessidade de formação para o cuidado não apenas tecnicista, mas uma educação que se desenvolva em um construto forjado pelas relações sociais.

³¹ Bolsoni (2012), apropriando-se das concepções de Foucault (2010), coloca que para o cuidado de si constituir o sujeito deve-se estabelecer uma intensidade de relações de si para consigo, em que o sujeito alcance a si mesmo como objeto de conhecimento e ação. Que o cuidado de si pode ser entendido como o conhecimento de si, que exige certas regras de conduta e princípios que precisam ser conhecidos. Dessa forma, o sujeito encontra sua singularidade mediante a valorização de si próprio e do conhecimento de si realizado através do cuidado de si mesmo. Neste sentido, não se torna possível cuidar de si sem se conhecer.

Uma jovem que referiu que todo o cuidado de uma vida foi conduzido pela genitora, inclusive em suas questões de saúde, na passagem para a vida adulta, pareceu encontrar dificuldades com a “parceria” do serviço de saúde para auxiliar em suas recentes transições e dobras. O que se verificou, em dado momento, foram fissuras na longitudinalidade do acompanhamento.

A longitudinalidade, vista como um dos atributos do modelo assistencial previsto na APS, significa o acompanhamento ao longo do tempo ao usuário, contínuo. Produz efeitos no aprimoramento do reconhecimento das necessidades dos usuários, a assertividade dos diagnósticos, redução de hospitalizações, promover a prevenção e promoção da saúde, e estabelecimento da confiança entre profissional e usuário (BARATIERI; MARCON, 2011).

Aquilo que poderia ter se incluído como um recurso de aproximação, a longitudinalidade foi incorporada pelos profissionais unicamente quando a necessidade do cuidado em saúde mental se tornou latente.

Enquanto a procura da usuária se concentrava muito mais na resolutividade imediata de demandas, o serviço pouco se expressou como um espaço de acompanhamento contínuo e de estreitamento das relações com a jovem. Mostrou-se atento, a priori, somente ao surgimento das demandas espontâneas trazidas por ela, que nem sempre foram resolvidas. Demandas estas que eram apenas fragmentos rasos de problemas mais complexos.

Com relação a uma articulação de trabalho em equipe (equipe de saúde da família + NASF) para um planejamento conjunto de proposta de cuidado para a usuária, pouco se avançou desde a primeira apresentação do caso.

Basicamente, do que se soube durante a realização da pesquisa, o cuidado em saúde mental de Flor se deu exclusivamente pelo trabalho do NASF, no formato dos atendimentos contínuos prestados pela psicóloga - o dilema já mencionado da “ambulatorização” do trabalho do NASF.

Não se pode negar que houve uma intencionalidade na projeção de cuidado, que vislumbrava um atendimento integral de saúde:

R- Olha, eu acho que, não que a gente tenha feito a nossa parte, de forma nenhuma, acho que o acompanhamento é esse. Como aqui tem essa questão da equipe de saúde da família e o NASF, a Dona no momento agora, eu acho que a gente precisa voltar pra equipe pra esse acompanhamento de saúde dela, eu acho que a diabetes dela, eu acho que nunca foi estável, sempre era descontrolada, enfim, eu acho que agora a atenção maior, eu acho que a gente levar pra equipe essa situação, até eu

não sabia que ela tava tão doente, né... soube essa semana, de voltar tentar estabilizar, de repente, a questão de saúde dela pra ver se isso muda um pouco o jeito dela, assim, porque eu não sei também, né? A gente sabe que, a gente com uma dor nosso dia já fica totalmente diferente, você imagina uma questão que ela tá vendo que a visão dela tá diminuindo (...).

(...) Eu acho que, eu penso isso, eu nem conversei isso com a Girassol (...).

D- De resgatar esse acompanhamento da equipe de saúde?

R- (...) principalmente para ela, né? Não com a Floribella não, não sei se a gente até fez esse movimento, acho que hoje a Girassol conversou com ela sobre essa questão...

D- Agora outras questões da Floribella estão mais afloradas, né?

R- Então, também precisa voltar pra equipe pra equipe ver isso.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

Contudo, deixaram visíveis a descontinuidade de interlocução com os demais membros da equipe de saúde desde que a usuária-cidadã-guia chegou para o NASF:

G- A enfermeira voltou a falar comigo, ela não ficou, não dei um retorno para ela depois, porque eu tinha pensado nisso né...

D- Vocês não falaram até hoje sobre Floribella?

G- Sobre a Floribella eu falei muito brevemente com a Y(enfermeira).

D- Ela ainda está trabalhando aqui na unidade?

G- Tá, eu falei muito brevemente com ela, o vínculo dela até onde eu sei é muito maior com a Dona, mas eu falei muito brevemente, ela veio falar comigo que a Dona pediu para Floribella ser atendida, e aí a partir disso eu conversei com a enfermeira e falei que realmente eu achava que tinha mais a ver, porque não ia atender as duas ao mesmo tempo, que isso não ia funcionar, e aí eu resolvi conhecer Floribella para ver do que se tratava, se tinha sentido mesmo né, e aí teve sentido...

(ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA GIRASSOL)

D- Vocês conseguiram conversar detalhadamente com a enfermeira que já acompanhava elas, se ela já tinha ido na casa delas?

R- Na casa não.

D- Nunca tinha ido? A equipe então conhece elas fora daqui?

R- Não, que eu saiba não. Só a agente de saúde, que ela mora lá, mora lá na comunidade, no Morro Azul.

D- E conhece elas?

R- Conhece! Mas nem sei se é muito próximo, mas ela mora no território, então... Eu acredito que ela já tenha feito algumas visitas lá, mas a gente não conversou.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

A enfermeira Y. foi um sujeito importante no acolhimento da usuária, uma vez que ela possuía vínculo com a usuária. Sempre que precisava, Flor recorria a esta enfermeira. Não tivemos acesso à profissional em virtude do cenário de pandemia, e porque no momento da pesquisa ela já não estava tão atuante no caso. Já no final do campo de pesquisa, soubemos que havia se afastado do trabalho.

Durante as entrevistas com as profissionais do NASF, pouco fizeram menção sobre como era anteriormente construído o cuidado com Flor em conjunto com a equipe de saúde. Na realidade, o cuidado em saúde produzido até então pela equipe de saúde com a usuária era pouco conhecido (ou foi pouco explorado) pelas técnicas do NASF.

O cenário que o cotidiano desse CMS expôs não era dado novo nas discussões fomentadas em torno da saúde pública. A precarização é há muito tempo consequência corrosiva para os serviços de saúde, subsidiada por uma dinâmica societária cujos interesses governamentais e de mercado não se alinham para a efetivação da saúde como direito social universal.

Os impactos que se dão no plano macropolítico rebatem significativamente no processo micropolítico dos encontros produtores de cuidado:

D- Quais são as maiores barreiras para o cuidado?

G- Eu acho que é uma barreira mais institucional, assim, eu não vejo muito uma barreira de resistência dela ao trabalho, eu acho que talvez seja muito mais uma barreira do serviço, do que a gente consegue oferecer, porque eu fico pensando né, eu cheguei encontrar com ela semanalmente, hoje em dia tô quinzenal. E o planejamento é distanciado, por uma questão da lógica, da necessidade do atendimento que não para de chegar, uma coisa meio caótica, então a barreira para ela não diz respeito a ela em si sabe. Mas eu acho que é muito mais do que a rede consegue oferecer, eu aqui enquanto psicóloga, é claro que ela vai ter sempre aqui como referência, seja no cuidado geral dela ou da saúde mental, parte social tudo isso, mas eu acho que a gente se tivesse um outro tipo atendimento, conseguisse oferecer um atendimento mais contínuo, mais perto, tivesse tempo e disponibilidade para isso, as coisas podiam caminhar mais rápido talvez.

(ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA GIRASSOL)

D- Você acha que hoje, nas condições de trabalho na saúde no Rio de Janeiro, você acha que vocês conseguem ofertar mais cuidado ou atendimento à demanda?

R- Atendimento à demanda.

D- Algo mais pontual e emergencial?

R- Apagando incêndio

D- Resumindo, né?

R- Aham! Com certeza, eu acho que...

D- O que que tá faltando pra vocês poderem efetivamente exercer o cuidado?

R- Eu entrei aqui há pouco tempo, né? Tem menos de 1 ano, entrei no período da pandemia. Não sei como é que era o funcionamento desta unidade fora desse contexto. Então isso eu não sei te dizer como era antes, mas agora, não só o NASF, não só o Serviço Social, a gente conversou sobre isso na reunião, a gente tá aqui apagando incêndio, visita de Ministério Público, às vezes não, mas quando é um caso muito complexo a gente fica: "- Não, pera aí! A gente vai e não vai fazer mais nada?". Sabe? Tipo, só vai fazer a visita para responder no Ministério Público? Então, realmente eu vejo isso, a gente tá apagando incêndio, um caso ou outro mais complexo a gente dá um seguimento e vê um desfecho legal. (...) A gente consegue

fazer o cuidado completo (...). Agora a maioria apaga incêndio (...) Eu sinto muita falta do acompanhamento, do retorno, para me dizer se foi, se não foi.

D- E por que você não consegue fazer isso?

R- Porque assim, a gente é atropelado o tempo inteiro por demandas do Ministério Público, chega toda semana, 6, 5, às vezes acumula e a gente fica louca. Por mais que você fale com o paciente, eu não consigo ficar na rua o tempo inteiro, a gente não tem nem um celular para ligar para o paciente, a gente liga do nosso.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

Nos serviços, a precarização da saúde se traveste de fissuras que se instalam paulatinamente no cotidiano. Um ciclo eterno de declínios e interrupções: Trocam-se equipes. Rompe-se o vínculo. Atrasa-se o salário. Sobrecarrega-se os profissionais. Falta o tempo. Atende-se às urgências. Perde-se o cuidado.

D- Aproveitando o gancho, nesse caso já que existe essa dificuldade de mobilidade da mãe, e a Floribella não vem sempre aqui, vocês acham interessante o acompanhamento também lá no território? Já pensaram nisso, já discutiram em equipe de fazer uma visita com regularidade a ela, alguma coisa do tipo?

R- Não. Não sei se por conta do contexto da pandemia, mas a gente, na verdade, a gente queria mais conhecer o território, porque eu e a Girassol, a gente não conhece, na verdade a gente foi lá uma vez, no Morro Azul. A gente foi uma vez lá, aí a gente viu que tem associação, tem ambulatório, tem atendimento com psicologia, tem uma psicóloga, só que aí a Girassol queria conhecer, conversar, pra ver como é que é, esse trabalho e a gente não tinha pensado pro caso da Dona não, era um outro caso que a gente tava acompanhando, mas que pode ser um caminho aí pra esses próximos meses, vamos dizer... porque, assim, não sei como é que tá, porque quando a gente foi lá não estava funcionando nada por conta da pandemia, a psicóloga estava atendendo de forma remota só quem ela já acompanhava, não tava recebendo ninguém e as visitas também, os acessos e a equipe também não estão saindo, não estão fazendo visita. Só está fazendo por conta do Ministério Público, quando chega alguma coisa pra responder.

D- Tá restrito, então mesmo?

R- Tá muito restrito, a gente até tava conversando sobre isso na reunião que o RT médico participou um pouquinho, eu perguntei: “Como é que tá a agenda dos enfermeiros, dos médicos pra VD?” (risos) Porque a gente sente muita falta, assim, às vezes a gente faz sozinha, a equipe não consegue, faz só a ACS pelo menos, a gente só vai com a ACS. E aí, a gente sente falta, porque às vezes é uma demanda também social, também psicológica, mas muito clínica também, né? Então vai precisar desse acompanhamento depois, né? E aí, isso tá fazendo bastante falta, eu acho que a equipe que tá no território também tá fazendo falta, entendeu? Tá tudo diferente! Não sei se esse contexto também deu uma piorada na relação das duas, não sei, de repente, pode ser que sim.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

Merhy e Feuerwerker (2016) defendem que o modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, os núcleos atrelados às tecnologias duras e leve-duras encontram terrenos propícios para se imporem sobre as tecnologias leves. Para superação destes moldes, exige-

se operar com dispositivos redefinidores dos espaços de relações entre os sujeitos envolvidos nestes processos, de maneira a alterar a missão dos estabelecimentos de saúde com vistas à ampliação nos modos de produzir atos de saúde.

Quando há predomínio nos arranjos hegemônicos (MERHY; FEUERWERKER, 2016), que seguem fluxos instituídos de demandas-procura-oferta, controle de agendas, excessos no emprego de tecnologias não relacionais, dentre outros arquétipos organizativos, capturam-se os trabalhadores e usuários para uma racionalidade de respostas pontuais e menos cuidadoras:

D- Então as maiores dificuldades estão acontecendo dentro mesmo, né?

R- Total! Eu acredito que seja por conta da pandemia. Tá tudo muito louco, assim, pra todo mundo, sério! Às vezes os médicos atendem 20 pacientes num todo, você acha que ele atendeu como, sabe? Não tem como você atender, você escutar a história do paciente, o sintoma que ele sente com aquele remédio, é muito pá, pá, pá, sabe? É uma unidade que demanda, a demanda é muito grande também. Não sei se é porque o território é muito grande. Eu como assistente social tô sozinha para as outras equipes, então assim... as psicólogas ainda conseguem se dividir, né... elas dividem as equipes, então, tudo isso é dentro das condições do trabalho, né?

D- Esses atravessamentos de dentro não ajudam para que o caso caminhe, ande, né?

R- É. Mas assim, eu acho que o contexto tá ruim, a gente sabe que a saúde também, o SUS, (...) eu sou defensora, assim, acho que a gente vai a lugares que só o SUS vai, entendeu? (...) a gente atende situações que só aqui vai atender. E aí, eu sou super defensora, eu acho que ainda funciona aos trancos e barrancos, sabe? Com muita vontade, às vezes do profissional, de fazer aquilo acontecer, porque as condições de trabalho não são motivadoras não.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

Houve no relato da assistente social uma concordância de que as particularidades de cada profissional interferem na produção de cuidado. Se colocam, dessa forma, personalidades que vão depender dos estímulos, vontades e subjetividades envolvidas na relação com o usuário, e não apenas o saber técnico específico.

Neste caminho, pode-se afirmar que os serviços de saúde são palcos para a ação de atores, que têm intencionalidades em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Estes atores atuam nem sempre evidente, mesclando seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano do serviço tem, portanto, duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002 apud MERHY; FEUERWERKER, 2016).

R- Às vezes falta entender, fica muito na vontade do profissional de dar certo, eu vejo isso. E tem horas que você também tá de saco cheio, eu também entendo isso, porque as condições de trabalho não são favoráveis, então dá pra você observar sempre o profissional, assim, eu acho que a gente tem que colocar na balança. Por que num dia você tá vendo tudo errado, tu não tem um celular pra lugar, tu não tem não sei o que, (...) mas nada justifica você descontar no paciente, né? Então, acho que é um contexto aí que tá balanceado, mas tem tudo para entrar no eixo para dar certo. Porque, apesar de tudo, ainda acontece. O cuidado, apesar de não ser uma coisa, como você falou. Eu acredito que é mais apagar fogo do que o cuidado, mas que ainda acontece, eu acho que eu ainda vejo, apesar de tudo eu ainda vejo alguns casos de sucesso(...).

D- Essa coisa de se vincular o usuário com o profissional, você acha que é uma troca, existe essa coisa do profissional também se vincular a determinados pacientes e abraçar mais algum caso e outro não, tem essa questão subjetiva do profissional, você acha que tem?

R- Tem, eu acredito. Em alguns casos tem.

(ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL ROSA)

Como pontua Feuerwerker, o modelo tecnoassistencial implementado de maneira predominante do SUS, vem reafirmando preceitos e práticas hegemônicas de saúde e que de modo geral escapam ao plano da micropolítica, o “processo molecular de produção de territórios existenciais” (2014, p.75).

Floribella não comparecia com assiduidade aos atendimentos psicológicos e muito tinha relação dos atravessamentos das questões cotidianas de sua vida.

O que poderia se configurar, aos olhos da instituição como forma de exercer sua autonomia em não aderir plenamente ao que foi ofertado, na verdade deveria ser analisado de forma a avaliar como que estas ofertas têm contemplado suas demandas, e principalmente, suas necessidades.

Os desafios do cotidiano de trabalho no serviço de saúde, com destaque para os casos de pessoas em sofrimento psíquico, revelaram a urgência por estratégias que tornem o cuidado exequível, superando as forças instituídas dominantes focalizadoras, os contextos precarizados e desconexões com as reais necessidades dos usuários.

8 PARTE V- REFLEXÕES E PROPOSIÇÕES

Na parte V encontra-se o que se elaborou e se pretende difundir de pensamentos e proposições para a produção de cuidado com os indivíduos em sofrimento psíquico no plano das práticas cotidianas dos serviços de saúde.

Neste fim do percurso, estão projetadas as ideias, as defesas e as apostas para se construir novos modos de agir com os usuários, que se formulem a partir do encontro com o outro, por aquilo que pudemos conhecer com a vida da usuárida-cidadã-guia.

8.1 O QUE ENCONTRAMOS PARA ALÉM DOS MUROS, AFINAL? O QUE SE RESSIGNIFICOU COM A USUÁRIA-CIDADÃ-GUIA PARA ALÉM DO INSTITUÍDO E AS PROVOCAÇÕES PARA NOVAS PRODUÇÕES DE CUIDADO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Convivi com Flor durante cinco meses. O último dia do campo foi tanto de corpo presente na unidade de saúde quanto de contato presencial com a usuárida-cidadã-guia. Uma despedida dos espaços e acontecimentos daqueles que fizeram parte da minha existência naqueles meses.

Da usuária, em particular, foi a despedida de um ciclo emocional para ambas, como nem se podia imaginar. Nosso último encontro, que acabou por ser na unidade de saúde, fugindo à regra de como se estabelecia até então, foi um encontro de pessoas já cúmplices, um encontro afetivo. Nada de gravadores ou perguntas elaboradas, o que interessou foi saber como ela estava, como estavam seus dias, quais eram as novidades, se estava feliz.

Decidi que naquele momento era o último primeiro porque, para conteúdo de pesquisa, já havia o esgotamento das informações que cabiam para a investigação. As entrevistas já repetiam conteúdos, o que me fez chegar ao entendimento de que já tinha informações suficientes para desenvolver o trabalho final. Depois, porque sua vida, naquele momento, já caminhava em outra direção, para novos rumos que ocupavam alguns espaços antes nossos. Era hora de partir porque nossos encontros não cabiam mais ali, pelas dificuldades de alinhar tempo para nossas conversas. O tempo dela, agora era para outras ocupações que faziam parte de suas mudanças. Demos adeus à pesquisa e um até breve nos caminhos da vida.

Não tenho dúvidas das transformações que Flor provocou em mim, com seu olhar sobre a vida, seus sentires e caminhar. Tenho muita clareza de que se restringíssemos Floribella, usuária do serviço de saúde, como manifesta seu sofrimento psíquico, seja em forma de tristeza, apatia, nos momentos de irritabilidade, de mudez, na dificuldade de se colocar diante de certas exigências da vida social, reduziríamos ela unicamente a um corpo-objeto.

Apanhado o corpo como biológico apenas, não se considera os outros elementos que são constitutivos da produção da vida, tanto para compreensão das situações quanto nas intervenções para enfrentá-las (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2016).

O sofrimento humano está além de um ângulo particularizado de um fenômeno mais geral, de uma “*expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença. Repetição*” (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2016, p. 25). O sofrimento tem expressão singular e complexa, e para ser compreendido deve se tornar visível e acessível em suas múltiplas e dinâmicas dimensões.

Mas as repetições não estão somente em considerar o processo saúde-doença pelo olhar pragmático da ciência, da operatividade tecnicista da clínica. As repetições podem estar firmadas também no âmbito das relações, sejam aquelas construídas no interior dos serviços/instituições, seja dentro da rede afetiva-familiar.

Com Flor, as repetições não estavam imputadas pelo demasiado saber científico, mas na escassez do diálogo, nos distanciamentos, na insuficiência da atenção, na carência do acolhimento, na perda das afecções. A repetição aconteceu no plano das ausências.

Repetições e diferenças nunca foram tão simbólicas para refletir o processo de produção de cuidado. Neste estudo, saímos fortalecidos de que, para se conhecer uma produção de cuidado se torna imprescindível nos lançar para fora dos muros do serviço de saúde, dos olhares sobre o corpo biológico e imergir na vida dos usuários, de forma que estejamos muito mais atentos às suas subjetividades e diferenças do que às repetições da realidade objetiva, não desvalidando sua importância de forma alguma.

Ser atento se tornou, para mim, sinônimo de ser sensível ao que é marcante para o outro, algo que muitas vezes é difícil de processar racionalmente porque nos acomete de desconfortos, incredulidades e sentimento de impotência.

Quando passamos a habitar o território de existência da usuária-cidadã-guia foi possível acompanhar os instantes em que eclodiram suas rupturas, a urgente e imperiosa necessidade de mudança de si, dos seus modos de viver, pensar e agir, seus fluxos crescentes de desterritorialização do habitual, os movimentos explícitos que caracterizaram suas *linhas de fuga de desejo moleculares* (DELEUZE; GUATTARI, 2012) por muito tempo veladas.

Com a usuária-cidadã-guia, compreendeu-se que uma produção de cuidado se forma também no caos, nas metamorfoses da vida, nos momentos de se refazer, e que ressignificar as experiências impulsionam a jornada.

Em cada narrativa compartilhada, muitas ressignificações de experiências de vida. Nossa usuária-cidadã-guia nos mostrou que há outras maneiras de se enxergar o mundo e reconstruir a vida com outros sentidos. Que cuidar de si requer construir movimentos de resistência e de sabedoria resiliente perante as problemáticas da vida, de maneira que as respostas às situações não podem se dar exclusivamente no plano das objetividades, mas deve-se buscar os recursos emocionais singulares de cada sujeito.

Por isso, com Floribella vivi dilemas éticos e pessoais, por não saber muitas vezes como me portar ou elaborar explicações racionais diante das situações retratadas. Como profissional de saúde, me vi entremeada e ao mesmo tempo produtora de um sistema de valoração dos modos de ser do outro, no qual tentava enquadrá-lo em uma caixa de ferramentas das lógicas morais e dos recursos convencionais cabíveis aos contextos e situações revelados.

Constatei no Eu-profissional, e também em algumas falas e posicionamentos das trabalhadoras de saúde que acompanham a usuária-cidadã-guia, uma performance de “trabalhador moral” (CECÍLIO, 2007) isto é, uma funcionalidade aos fluxos e engajamentos morais-organizacionais de trabalho na saúde. E com isto não quero de forma alguma afirmar que é nesta posição que nos tornamos profissionais acrílicos ou isentos de posicionamentos nas situações cabíveis, principalmente quando constatada dificuldade do usuário de superar determinados contextos.

É que em situações complexas, como no caso de Flor, mesmo com a melhor das intenções e vislumbrando o cuidado, tendemos a nos comportar muito mais como atores "moralmente comprometidos" com certos julgamentos e avaliações do caso do que compreensíveis com os sentidos envolvidos entre os principais sujeitos viventes do contexto.

E quando afirmo que foram com as melhores intenções, digo no sentido de que não faltaram os sentimentos de amparo, de empatia e da tentativa imediata de ajudá-la a "escapar" do que lhe atingia. Portanto, até quando se investe em um cuidado sensível, pode-se enquadrá-lo nos fluxos interventivos das repetições instituídas, se não respeitamos e tornamos acessíveis outros aspectos da vida que nem sempre estão visíveis.

Nas entranças no mundo da usuária-cidadã-guia como Eu-mulher sujeito no mundo, confrontei-me com minha própria história de vida, naquilo em que eu e ela somos (fomos) iguais. Nossas familiaridades.

Mas nesse exercício de repetições, aprendi que nem tudo segue regras, lógicas ou é determinístico. As minhas vivências, ainda que coincidentes, foram sentidas por mim de forma diferente, com outras conexões e impressas por minha singularidade. Constatação das diferenças.

Portanto, o primeiro aprendizado válido através de Flor foi o de que as significações das experimentações são diferentes, apesar de semelhantes, e que tentar enquadrar em certos padrões avaliativos morais tende a comprometer uma produção de cuidado.

Flor me fez repensar sobre o reconhecimento das diferenças, as significações particulares, a importância da alteridade, que concordamos como sendo a *“representação do outro dentro de nós e a capacidade de conviver com o outro diferente, de se proporcionar um olhar interior a partir das diferenças”* (PUGGINA; SILVA, 2005, p. 574).

Como cuidar do outro senão pela validação de como ele se apossa de suas vivências? Como cuidar sem respeitar o poder de sua escolha?

Esta aprendizagem não se acrescenta apenas para minha evolução pessoal. A usuária-cidadã-mulher-filha-amante-trabalhadora e todas suas multifaces, nos convoca a refletir que, para uma produção de cuidado, deve-se valorizar as ressignificações que o outro atribui aos seus processos e aquilo que define para si como melhor.

No fim das contas, é no respeito às diferenças, na valorização das singularidades e do que faz sentido para o outro que é possível construir ou fortalecer os laços nas relações.

Neste momento atual da vida da usuária-cidadã-guia, presenciamos microfissuras em sua subjetividade que vão dar destaque tanto àquilo que tem sido potente como o que tem interferido na produção de cuidado.

Foram identificados dois eixos em sua produção de cuidado que vou atribuir um como “elementos potencializantes” e o outro como “elementos fragilizantes”, sendo estes dois eixos voláteis, sempre em constante movimento. E é importante demarcar este aspecto, pois assim como os acontecimentos da vida são transitórios, as relações e vínculos ali estabelecidos também transmutam. Acompanhei Flor em determinado recorte temporal, me inserindo em seu território existencial em dado momento, consciente de que a vida dela é uma roda viva que continua a girar.

Voltando para os eixos, o eixo da produção de cuidado denominado “elementos potencializantes”, refere-se à rede de conexões que localizamos na vida da usuária. Rede esta que se forma pelo reconhecimento da usuária-cidadã-guia como rede viva em conjugação e em constante movimento, articulando-se e desarticulando-se em fluxos permanentes conforme suas necessidades. A rede que impulsiona o agir para o cuidado, que é potente na vida de Flor.

Floribella tornou perceptível quem integrava sua rede de conexões e como esta tem se comportado como recurso imprescindível para as situações adversas nos seus caminharas como sujeito social.

Uma rede cuja estrutura revela a presença da família, das relações afetivas, do espaço do trabalho, o serviço de saúde (CMS) e a religião. Uma rede conexa aos sentidos da usuária, ao seu referencial de apoio e de possibilidades.

Cartografar os espaços, sujeitos e movimentos que compõem a rede de conexão existencial de pessoa em sofrimento psíquico se confirmou pertinente pois ao conhecer estes arranjos pode-se dar visibilidade à usuária como alguém cuja existência não se forja apenas na aparência do sofrimento, nos conflitos familiares, na condição social a que é submetida.

Floribella, mediante nossos os encontros que se conduziram na atenção à sua história e seu cotidiano, nos permitiu perceber o que é potente em sua produção de cuidado e o que deve ser fortalecido.

Consolidou o protagonismo das conexões que se tem na vida, de como se constroem ou são demandadas as redes de apoio, não como nós profissionais a concebemos, mas sim como os usuários fazem o uso delas.

Para Flor, por exemplo, o trabalho não se porta meramente como meio de prover recursos para o sustento, mas é importante lugar de interação e desenvolvimento pessoal.

A igreja não se restringe aos dogmas, mas é importante aliada para o fortalecimento emocional. É sua fé que a sustenta em certos momentos de angústia.

O CMS é lugar de resolução de problemas de saúde, mas também referência para outros aspectos da vida. Que tem executado um trabalho implicado, responsável e afetuoso, mesmo diante do cenário pandêmico e de aviltamento dos recursos institucionais.

Tem na família o pilar do suporte, do abrigo, quando tudo parece perdido. E ainda que pareça desconexo, pois dela também se fabricam interferências para o cuidado, Flor se apega a sua trajetória com sua mãe, enaltecendo-a por todos os momentos em que conseguiu receber proteção.

As relações afetivas são as manifestações de seus prazeres, das gratas memórias e das novas experimentações. Fugas subjetivas de uma realidade por vezes endurecida. Pausas para boas sensações.

Cartografar esses mapas de conexões existenciais foi fundamental, neste sentido, porque dele retiramos os véus que encobriam os nossos olhares a respeito das capacidades da usuária-cidadã-guia de se colocar perante o mundo e das relações que estabelecia, para então avistar seu protagonismo em suas inclinações de vida.

O acompanhamento desta produção de cuidado nos revelou o quanto, apesar de nem sempre explícito, o usuário conduz sua autonomia, designa a direção que quer seguir e as conexões que quer construir ou fortalecer. As infinitas possibilidades de se conectar com mundo que podem ser diferentes das nossas, e que não dependem obrigatoriamente dos dispositivos já existentes nas instituições.

Cabe a nós, profissionais dos serviços, reconhecer e legitimar sua autonomia e tentar mapear essas redes pois elas são importantes aliadas para a construção de cuidado partilhado com os sujeitos.

A vida de um sujeito, vista como uma balança equilibrada, cujas forças em execução atuam mutuamente umas com as outras, podem levar o sujeito em dado momento ao controle de sua vida, e em outro, pode desorganizá-lo, demandando nestas ocasiões ajuda.

Na balança de Floribella, se de um lado encontramos os “elementos de potencializantes”, do outro, evidenciaram-se os “elementos fragilizantes”. Como “elementos fragilizantes” atribuímos o que foi interferência para sua produção de cuidado, aquilo que diminuiu sua força de agir, enfraquecedores de sua potência de vida.

Neste caso específico, constatamos que as relações parentais, as condições de vida e a atuação do serviço de saúde, nos moldes atuais, portaram-se como barreiras para o exercício do cuidado.

Acesso e barreira são dois aspectos de discussão recorrentes quando pensadas estratégias/formulações para melhor ofertar o cuidado para os indivíduos.

Se dialogamos com os cotidianos dos serviços de saúde, como no caso do CMS deste estudo, ao mesmo tempo que se pode assentar o serviço como rede de conexão, este pode também possuir características de interferência.

Como exemplo, o que capturamos de dificuldades encontradas no cotidiano da unidade de saúde em questão está objetivada na precarização das condições de trabalho, na mudança na proposta de trabalho para atender à funcionalidade do serviço e não necessariamente ao projeto de trabalho que se pretende desenvolver, como o que ocorre no NASF, pelo contexto inimaginável da Pandemia e seus rebatimentos, na sobrecarga dos profissionais com ações e atividades para atender a uma produtividade funcional ao serviço, na ausência de tempo para articulações ou proposições de outras estratégias de intervenção com outros atores e recursos, internos e externos.

Tudo o que tende a rebater nas proposições e direcionamentos para produção de cuidado com os usuários de maneira geral, uma vez que nesse contexto o que tem prevalecido são os atendimentos às demandas (o emergencial) ao invés da atenção às necessidades.

Como barreira tem-se também o contexto de vulnerabilidade nas condições de vida e trabalho produzem efeitos danosos que impedem ou dificultam outras projeções e arranjos de vida.

A falta de acessibilidade a outros recursos propulsores para superação da sua condição de vida, carência de tempo para pensar sobre si e dedicar-se às atividades que promovam seu bem-estar.

Por isso, não podemos desconsiderar que em uma produção de cuidado, as condições de vida, quando inscritas a um cenário de vulnerabilidade, devem ser

observadas, compreendidas e amparadas, quando necessário e em acordo com o usuário.

Muitas barreiras institucionais e das condições objetivas de vida se posicionaram contrárias para o acesso, se temos como norte um cuidado integral dos usuários. Mas aqui, queremos ressaltar o elemento mais sensível encontrado, de imensurável valor para se refletir de como se tem fabricado coletivamente o cuidado: as barreiras relacionais.

Na unidade, por mais afetadas e empáticas que as profissionais do NASF estejam com a situação e o sofrimento apresentado por Floribella, observou-se fragilidades na relação usuário-profissional, já que com frequência - e esta não é uma realidade desta unidade - ocorrem entradas e saídas de profissionais ou, na ausência de profissional de referência para a família, pouco se mobiliza para que novas conexões sejam estabelecidas com a equipe de saúde para além do que o NASF tem desempenhado.

Nas relações parentais, Floribella viveu com o pai o sentimento do abandono e com a genitora, o predomínio de uma relação conflituosa de difícil aceção.

Mais uma vez, o desafio mais simbólico, reconhecendo certos juízos de valor e visões de mundo minhas, foi o de não travestir os sujeitos envolvidos com papéis de vítimas ou algozes.

Neste estudo, contemplamos que o essencial, quando pensamos em como se configuram as relações, é ser respeitoso aos modos como os sujeitos definem e constroem suas relações. Quando deficitárias ou problemáticas ao ponto de desorganizar a vida e provocar dor, deve-se acolher os sujeitos e, se este for o seu desejo, ofertar recursos/oportunidades para que ultrapassem as situações em que se sintam desfavorecidos. Que possam ser instrumentalizados a sair das relações quando não quiserem mais para si.

Floribella, como exemplo vivo, nunca descreveu a relação com a mãe como uma expressão de violência da qual anseia por uma ruptura. Seu incômodo, na realidade, era de almejar mudanças na maneira como ela e mãe se relacionam, de que fosse com simetria e diálogo, que a mãe pudesse compreendê-la em suas múltiplas fraquezas e vontades.

A barreira relacional, portanto, somente pode ser enfrentada quando nos implicamos com os desejos e impulsionamos a liberdade de escolha de cada usuário, sem julgamentos ou preconceitos. Mais do que entender as complexidades postas, se

faz indispensável considerar a manutenção dos laços que eles querem que permaneçam.

Retomando as indagações primárias e basilares deste estudo, vindas dos ruídos atribuídos a certas redomas institucionais/profissionais, cujas práticas de cuidado se portam desatentas aos verdadeiros anseios e vontades dos usuários, o que o de “fora dos muros” institucionais da saúde e perto do mundo do usuário trouxe, afinal, como alternativa à produção de cuidado recorrente, fabricada nos fluxos instituídos?

De imediato, a valoração do cuidado relacional, já expresso e defendido nesta dissertação, e que desponta ainda mais como aposta. Temos que caminhar nesta direção, consolidá-la.

Em um cotidiano onde realidades sociais são duras, a política de saúde sucumbe à mão invisível e perversa do mercado, resta-nos os atos micropolíticos de cuidado, o cuidado que pelo encontro, em ato, é compartilhado, afetuoso, sensível, transparente.

Um cuidado que se pautar no reconhecimento das subjetividades e que as fortaleçam. Um cuidado de trocas, um cuidado cuja potência emane das conexões estabelecidas com o outro.

Indo além, defendo neste trabalho uma alternativa que possa ocorrer pelo Cuidado pelo Encontro Longitudinal. Com isso quero dizer que não bastam agires que utilizem de tecnologias leves nos encontros entre os sujeitos (usuários-profissionais-famílias) partícipes desta produção. Para se assegurar o compromisso ético político do que defendemos aqui enquanto cuidado, este não deve ser exercido pontualmente, socorrista, por mais atencioso e solidário que o encontro entre profissionais e usuários se apresente.

O cuidado pelo encontro deve seguir pela longitudinalidade para se assegurar justamente a sua continuidade e fortalecimento. Mais do que isso, manter aceso o combustível que alimenta as relações potentes, o vínculo.

O cuidado pelo encontro longitudinal é preocupado com os movimentos dos sujeitos, suas dobras e fluxos constantes. Ele é aproximado das mudanças, sendo oportuno quando há necessidade de apoio, porque é o cuidado que se mantém presente. Ele preserva o tempo do usuário, no qual ele avalia como e por quanto tempo é necessário ocupar os espaços para auxiliá-lo nos seus processos de vida.

Um cuidado orientado pelo outro, que busque a integralidade dos sujeitos no alcance de suas necessidades de vida e de saúde, com iniciativas menos convencionais e mais articuladas com os acontecimentos da vida.

Que não se ocupe unicamente com as questões objetivas de vida e a resolutividade de demandas, ainda que estas sejam pautas importantes, mas que estreite com o plano subjetivo dos indivíduos, materializados nas suas significações e modos de interagir com tudo que o cerca.

Assim, como contribuição para modificar as formas de produzir o cuidado com pessoas em sofrimento psíquico, algumas ações são oportunas quando pensado o comprometimento dos profissionais com o cuidado pelo encontro longitudinal no cotidiano dos serviços.

Há que se agir com acolhimento e atenção à história de vida e aos modos de ser e se portar do outro no mundo. Toda experiência vivida pelo usuário deve ser considerada, ainda que não o defina. Isto demonstra o quanto sua vida cotidiana e tudo que viveu tem valor.

Nem tudo que foi ou é vivido por um indivíduo é revelado por ele apenas em um encontro, só o tempo e o cuidado aproximado oferecem segurança para que ele se permita a partilhar suas vivências. O que aprendi é que todo mundo quer ser ouvido. Devemos então ser sensíveis ao que quer dizer, quando deseja compartilhar.

Deve-se buscar articular dentro dos serviços, com outros profissionais, e fora dos mesmos, com outros atores e instituições. A produção de cuidado se faz em encontros e com muitas mãos, nunca sozinhos.

A construção conjunta com usuário, do seu plano de cuidado, requer integrações internas no serviço e com outras redes, formais e não formais. Para isso, o mapeamento das redes de conexões dos usuários se mostra como ferramenta útil e promissora para que se ultrapasse o uso exclusivo dos fluxos instituídos e se acesse outros meios de potencializar o cuidado, menos racional e mais aproximado do que faz parte da vida dos sujeitos. Caminhar com o que se conecta com ele, o integra ao processo e traz fluidez às tomadas de decisões, sempre conjuntas.

Destacamos a importância de se incorporar no cuidado ofertado pelas equipes de saúde às pessoas em sofrimento psíquico o trabalho com as famílias e as redes afetivas, pois os modos de existência de cada sujeito com estas redes afetivas podem atravessar o cuidado. Deve-se, assim, visar novos olhares sobre estes membros e dinâmicas destas relações.

Para tal, a criação em conjunto com os sujeitos das estratégias que visem o fortalecimento dos vínculos entre seus familiares e outros pares, já que em certos casos não há o desejo de rupturas com a família e outros relacionamentos, e sim necessidades em diminuir as discordâncias e seus efeitos nocivos para o cuidado.

O cuidado relacional é em primazia é construído com o outro. Sem o outro não há relação, trocas, afetos e idealizações. É em relação, no agir cúmplice formado nos encontros, que nos tornamos seres sociais capazes de reconhecer o protagonismo do outro.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eis que que chegamos ao fim desta insólita experiência de se lançar ao mundo do outro e dele se contagiar por seus amores, saudades, dissabores e desejos. Um mundo que aos poucos foi se revelando em formas, vozes, olhares e tantos outros sentidos.

Preparo algum eu poderia ter arquitetado para os acontecimentos que viriam, pois foram justamente nas inconstâncias e reviravoltas do caminhar com o outro que encontrei os sentidos das coisas. E com estes sentidos, as pistas que levaram à conclusão deste estudo cartográfico.

Foi com a realidade nua, a exposição da vida, as sensações à flor da pele, que se descobriram caminhos e iluminaram-se pensamentos sobre a produção de cuidado que extrapola os limites institucionais.

Nesta interconexão de histórias, corpos e afetações, fui me reconstruindo como sujeito social e como profissional que agora enxerga a importância da vivência e das escolhas do outro.

Conhecer uma produção de cuidado, afinal, foi perceber que ele somente é produzido em interação uns com outros e no fortalecimento dos vínculos. É nos modos de ser do outro, para nós às vezes contraditórios, que encontramos pistas do que lhe é potente e do que interfere no seu processo de cuidado.

A produção de cuidado não acontece para o outro e sim com o outro, quando nos conectamos com o que faz sentido para ele, com as experiências que ele ressignifica, com as pessoas que ele valoriza, a rede de conexões que ele forma e que se forma junto dele. Uma rede de apoio e amparo nunca estática, sempre em transformação.

Vimos que o sofrimento psíquico não é determinístico para a vida do sujeito. Não o define nem o conduz, se manifesta no sujeito em certas ocasiões da vida. Portanto, se reconhecemos que o sofrimento não o delimita e sim torna-se evidente em dados momentos de sua existência, isto quer dizer que é o sujeito quem determina como e quando se faz necessário intervir com aquilo que o angustia, com o que foge do seu controle e dos seus próprios mecanismos de resistência.

Uma produção de cuidado com pessoa em sofrimento psíquico requer, em vista disso, vazar as nossas próprias lógicas e os recursos por vezes inflexíveis das práticas profissionais obedientes aos trâmites instituídos. Demanda fuga de certos

limites para apontar para outras possibilidades que necessariamente vêm da acolhida e da sensibilidade ao que é vivido pelo outro. É estar aberto a formular novos significados e construir com os usuários os mecanismos que vão lhe auxiliar com as problemáticas da vida. E não há formação que nos prepare, profissionais, para as circunstâncias com as quais vamos lidar quando nos voltamos para apoiar outros sujeitos no seu processo singular de cuidado. Não há outra maneira de exercitar o cuidado se não em encontros e destes encontros se aproximar da vida dos sujeitos, respeitar e impulsionar as relações que estabelece, porque é delas que se formam as redes que também produzem os caminhos para o cuidar.

Logo, as propostas renovadoras para a produção de cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico devem ultrapassar os signos do sofrimento e caminhar na direção da legitimação de suas necessidades, das significações dos seus sentires e das capacidades do outro de produzir e modificar sua própria história.

Saio dessa experiência acreditando ser possível formular novas formas de se relacionar com os usuários, se assumimos o compromisso, como profissionais, de agir de forma a potencializar suas produções de vida conforme desejam.

É através de encontros afetuosos e respeitosos das diferenças que existem entre nós e os outros, que conseguiremos caminhar juntos e efetivar modos de agir simétricos, apoiando-os e oferecendo ferramentas que contribuam para sua busca singular de ressignificação das experiências e de transformação dos processos de sofrimento.

É ao nos conectarmos com o outro que tornamos possível compreender suas diferenças e alcançar as semelhanças presentes nos seus modos de existir e de significar o mundo. Com as semelhanças, nos enxergar no outro, nas diferenças, nos modificar a partir dele.

Se implicar com a defesa do cuidado como ato relacional, produzido em encontros, é ter como horizonte que não podemos estar a sós, necessitamos uns dos outros. É ter em vista que *“Nós somos porque o Outro é, nós somos à medida que o Outro é; nós não somos senão diante de um Outro”* (AYRES 2002, p. 17). Nós não somos sem o outro, porque nós não somos apenas nós, nós somos também o outro.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, A. L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY E. E., et al. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. v. 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 22-30.

AMARANTE, P. Saúde mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMIZADE. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/amor/>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

AMOR. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/amizade/>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ANTUNES, Ricardo. DESCUIDOS DO TRABALHO E TRABALHO DOS CUIDADOS. Revista Baiana de Enfermagem. v. 34. Salvador, 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100201&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2021.

ALMEIDA, F. A.; CEZAR, A. T. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. IGT rede, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago. 2020.

ARAÚJO, H. F. Corpo e sensibilidade: por uma filosofia da percepção em Platão. In: CAMINHA, I. O.; SILVA, M. E. A. (Org.). Percepção, corpo e subjetividade. São Paulo: LiberArs, 2013.

ASSIS, M. M. A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [en linea] 2015, 68 (Marzo-Abril). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267040408021>>. Acesso em: 2 mai. 2019.

AUXÍLIO-DOENÇA. Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Disponível em: <<https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/auxilios/auxilio-doenca/auxilio-doenca>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141432832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4 fev. 2021.

_____. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis, v.17, n.1, p.43-62, 2007.

BAPTISTA, M. L. C.; BERNARDO, J. S. CARTOGRAFIA DOS SABERES E HISTÓRIAS DE VIDA: aproximações metodológicas para a pesquisa com 'sujeitos entre mundos', na perspectiva de 'com-versar' lugares e sujeitos. Revista Observatório, v. 6, n. 5, p. p. 1-20, 31 ago, 2020. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/9559/18124>>. Acesso em: 3 jan. 2020.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400020>. Acesso em: 11 fev. 2021.

BARROS, L. P; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E., KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). Pistas do método da cartografia: pesquisa e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015. p. 52-75.

BELMONTE. P. In: JORGE, M. A. S; CARVALHO, M. C. A; SILVA, P. R. F (Org.). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

BERTUSSI, D. C.; FEUERWERKER, L. C. M; LOUVISON, M. C. P. A “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016, v. 1, p. 357-60.

BOLSONI, B. V. O cuidado de si e o corpo em michel foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. IX ANPEDSUL, Seminário de Pesquisa em Educação da região sul, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/paper/viewFile/1577/920>>. Acesso em: 8 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.080. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 14 out. 2020.

_____. Lei Nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 16 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, OPAS, nov. de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 9 set. 2020.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDAO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1351-1364, mai. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501351&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2021.

CAMPOS, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento em saúde. *Revista Saúde Pública*, 1969. p. 79-81. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v3n1/10.pdf>>. Acesso em: 12 Fev. 2021.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

_____. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Botucatu: Interface*. v. 11, n. 22, p. 345-351, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200012>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CHIAVERINI, D. H. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COLMAN, E.; POLA, K. D. Trabalho em Marx e Serviço Social. *SERV. SOC. REV.*, LONDRINA, v. 12, n. 1, p. 179-201, jul. / dez. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10058/8794>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 466. Brasília, 2012.

COSTA, L. B. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV - Santa Maria - vol. 7, n. 2, p. 66-77 - mai. / ago. 2014*. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016. p. 1389-1398.

COSTA, R. R.; TAKESHITA, W. M.; FARAH, G. J. Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatais no município de Maringá e região. *Revista da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas*. 2013, vol.67, n.1, pp. 40-44.

COVID-19. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 1 jan. 2021.

_____. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 4 abr. 2021.

CRUZ, K. T. et al. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D.

B.; MERHY, E. E. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016, v. 2, p. 252-269.

DANTAS, M. A. O sofrimento psíquico e as tensões da autonomia na sociedade de indivíduos. Portal dos Psicólogos, 2008. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0422.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

DELEUZE, G. Aulas em Vincennes [1978-1981]: aula de 24 de janeiro de 1978. Tradução de Francisco Traverso Fuchs. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/187900131/DELEUZE-Gilles-Curso-Vincennes-24-1-1978-Trad-Traverso-Fuchs>>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs. São Paulo: Editora 34, v. 3, 2012.

EVANGELISTA, C. B. et. al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). 2016; p. 591-601. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0591.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2021.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO Jr. J. K. R. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Botucatu: Interface, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

_____. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. B.; MERHY, E. E. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. v.2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

FLORIBELLA. Disponível em: <<https://observatoriodatv.uol.com.br/noticias/floribella-relembre-a-historia-da-novela-infantil-da-band>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade / religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva. v. 25, n. 4, p. 1463-1474. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401463&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2021.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. História da sexualidade I: A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Biblioteca de filosofia e história das ciências, v. 7. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

FRANCO; T. B. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

FRANCO, T. B, MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.

GALVAO, L. B. Mãe solteira não. mãe solo! Considerações sobre maternidade, conjugalidade e sobrecarga feminina. In: Revista Direito e Sexualidade. n. 1, 2020. Disponível em:
<<https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/download/36872/21118>>. Acesso em: 6 fev. 2021.

GELATI, F. C. "A escola como instituição socialmente construída." In: Roteiro, v. 34, n. 1, 2009, p. 79-91. Disponível em:
<<https://www.redalyc.org/pdf/3519/351961810007.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2021.

GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, L. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). Familismo, direito e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOMES, M. P. C. et al. Demanda espontânea e fabricação de redes vivas: uma produção possível? In: FEUERWERKER, L. C. M. et al. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 352-356.

GONÇALVES, D. A. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

GUATTARI, F.; RONILK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 10ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

HADAD, A. C. A. C; JORGE, A. O; MELO, E. M. A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de traumas, em sua trajetória na busca pelo cuidado. Revista Médica de Minas Gerais, 2016; p. 107-111. Disponível em: <<http://rmmg.org/exportar-pdf/2132/v26s8a21.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2020.

HERMEL, J. S.; DREHMER, L. B. R. Repercussões da violência intrafamiliar: Um estudo com mulheres em acompanhamento psicológico. Psicologia Argumento, v. 31, n. 74, p. 437-446, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20395/19659>>. Acesso em: 24 fev. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas de Gênero. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-15,-16,53,54,55,-17,-18,128&ind=4704>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

INTERDIÇÃO. Ministério Público do Espírito Santo. Disponível em: <<https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/03429770-cdf2-4bf7-9cd8-74bc7c5cca04.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2021.

IGLESIAS, A. AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2017.

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 249-262.

LIMA, E. M. F. A; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde e Debate, 2014.

LIMA, H. R. et. al. Mapeamento das Atividades Produtivas e da População Trabalhadora do Município do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização

Sanitária e Controle de Zoonoses - SUBVISA. Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador - CST. Rio de Janeiro, 2017.

LISBOA, T. K. Mulheres migrantes de origem cabocla e seu processo de “empoderamento”. In: Revista Katálisis. v. 5, n. 1, p. 35-47, 2002. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3799/1/bmt55_politicaemfoco_juventude.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LOBATO, A. L.; LABREA, V. V. Juventude e trabalho: contribuição para o diálogo com as políticas públicas. Mercado de trabalho: conjuntura e análise - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, v. 55, ano 18, ago. 2013. p. 34-38.

MACÊDO, C. M. V. de; ANDRADE, R. G. N. Imagem de si e Autoestima: A Construção da Subjetividade no Grupo Operativo. Psicol. pesq., Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 74-82, jul. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2021.

MACERATA, I; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de território existenciais: Atenção Básica e a rua. In: Interface. Botucatu, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2019.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. Reme - Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, jan./jul. 2003. p. 61-66.

MARX, Karl. Manuscritos Econômico-Filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2002.

MATEUS, M. D. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. In: MATEUS, M.D. (Org.). Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MATOS, R. Periferia das grandes cidades e movimentos populacionais. In: Cadernos Metrópole, n. 13, São Paulo. Educ. 2005, p. 71-105. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4028/402837794003.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima (Org.). 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

_____. Cuidado Prudente Para Uma Vida Decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A de (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ. 2006. p.121-134.

MEIRA, D. S.; BERG, J.; VESTENA, C. L. B. Vulnerabilidade ou vulnerabilidades? um ensaio sobre esta ambiguidade no contexto educacional. *Brazilian Journal of Development*. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/9864/8294>>. Acesso em: 4 mar. 2020.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

MERHY, E. E. As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. *Rev Bras Saúde Família* [internet] 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

_____. et al. Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências. In: MERHY, E.E. et al. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v. 1, p. 31-42.

_____. et al. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: MERHY E. E., et al. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. v. 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 22-30.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, (1) 9: p. 65-78. 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/1993.v9n1/65-78/pt>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 10, p. 7-18. 1994. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/1994.v10suppl1/S7-S18/pt>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. (Org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, R. C. Para que tudo não termine como um "caso de família". Revista *Katálysis*. v. 6, n. 1, 2003, p. 96-103. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2926181>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

_____. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serv. Soc. Rev.* v. 12, n. 2. Londrina, 2010, p. 163-176. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MOEBUS; R. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY E. E. et al. (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1. p. 43-53.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOGUEIRA, M. L. M. et al. O método de história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. In: *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 12, n. 2, São João Del Rei, p. 466-485, 2017.

NOVAES, R. Juventude e religião, sinais do tempo experimentado. In: *Interseções Revista de Estudos interdisciplinares*, v. 20, n. 2, p. 351-368, 2018.

JACOB, C. R. et al. *Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil*. Rio de Janeiro. Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2003. 240p.

JORGE, M. A. S. Introdução à Psicopatologia e aos Transtornos Mentais. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (Org.). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

OLIVEIRA, J. P. P. *Percepções de filhos adolescentes sobre o abandono afetivo paterno entre estudantes do subúrbio ferroviário de Salvador*. Salvador: UCSAL, 2020.

KRUG, E. G. et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. Disponível em:

<http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS). Disponível em:

<<https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacoes-sociais-de-saude/#:~:text=Organiza%C3%A7%C3%B5es%20Sociais%20de%20Sa%C3%BAde%2DOSS,municipais%20e%20estaduais%20de%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Botucatu: Interface, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000200237&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4 mar. 2021

PAIM, J. M. A. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica/ Jairnilson Silva Paim. Salvador, 2007.

PATARRA, N. L. Movimentos migratórios no Brasil: tempos e espaços. Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas número 7. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2003.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em:

<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 15 out. 2019.

PISCITELLI, A. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: Poéticas e políticas feministas. COSTA, C. de L.; SCHMIDT, S. P. (Org.). Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004.

PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. A alteridade nas relações de enfermagem.

Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 58, n. 5, p. 573-759, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000500014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 15-73.

RIBEIRO, E. Impactos das unidades de polícia pacificadora (UPP) sobre cotidianos escolares. São Paulo: Lua Nova, 2020, n. 110, p. 155-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452020000200155&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 jan. 2021.

RIO DE JANEIRO. Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro Secretaria Municipal de Saúde Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses – SUBVISA Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador – CST. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

ROLNIK, S. Uma Insólita Viagem à Subjetividade. Fronteiras com a Ética e a Cultura. In: LINS, Daniel (Org.). Cultura e Subjetividade: saberes nômades. 3 ed. Campinas: Papirus, 1997.

ROSA, L. B. P. Jovens trabalhadores das redes de fast food: experiência de trabalho e subjetividade. Juiz de Fora: UFJF, 2013.

ROSSI, T. C. Projetando a Subjetividade: a construção social do amor a partir do cinema. São Paulo: USP, 2013.

_____. Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, Daniel (Org.). Cultura e Subjetividade: saberes nômades. 3 ed. Campinas: Papirus, 1997.

_____. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre, RS: Sulina/ Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

SANTANA, E. L. F. F. Família monoparental feminina: Fenômeno da contemporaneidade? In: POLÊMICA: Laboratório de Estudos Contemporâneos. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2014. p. 1225-1236. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/10618/8518>>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SANTOS, M. O país distorcido: O Brasil, a globalização e a cidadania. PUBLIFOLHA, 2002.

SARTI, C. A. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000100177&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4 mar. 2021.

SILVA, A. P.; LEHFELD, N. A. S. Trabalho e juventude no contexto contemporâneo: reflexões introdutórias. *Revista Da Faculdade de Direito da UFG*. v. 43, 2020. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/revfd/article/view/58801/34522>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, L. K; MOEBUS, R. L. N; FERREIRA, V. L. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: MERHY E. E. et al. (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. v. 1, Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 91-95.

SILVA, P. R. F. Reabilitação Psicossocial: habitação, trabalho e lazer. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (Org.). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SEIXAS, C.T. et al. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 2016. p. 113-23.

SLOMP JUNIOR, H. et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital*, 20(3), e 2617 (novembro 2020). Disponível em: < <https://ddd.uab.cat/record/233285> >. Acesso em: 20 dez. 2020.

SOUZA, M. C. et al. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. *Mundo saúde*. 2014; 38 (2): p. 138-147.

SOUZA, R. S.; PONTES, J. R. S.; JORGE, M. S. B. Experiências em situação de crise de sujeitos em sofrimento psíquico: análise de narrativas. Fortaleza: EdUECE, 2018, 220p.

STAMM, M.; MIOTO, R. C. T. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 2 (2), 2008, p. 161-168. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5539/3521>>. Acesso em: 6 fev. 2021.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014, p. 476-493. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002. p. 25-59. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Caderno Saúde Pública*, 1999.

_____ et al. Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 103-117

VEIGA, A. C. da; ALVES, C. P. O relato de história de vida à luz do pensamento de Walter Benjamin: contribuições aos estudos de identidade. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 31, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642020000100221&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2021.

VELHO, G. Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

VIDAL, D. L. C. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e Serviço Social. In: *Serviço Social e Sociedade*, ano XXIX. n. 94. Jun. p. 132-133. São Paulo: Cortez, 2008.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V.; Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Interam. j. psychol.* Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000300013#b>. Acesso em: 12 fev. 2021.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 63-78.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR DISPARADOR DE DIÁLOGO COM A USUÁRIA

ENCONTRO 1 - HISTÓRIA DE VIDA

- a) Onde mora? Desde quando? Como é esse lugar? A família é de onde? Com quem vive? Qual a história da sua família?
- b) Como foi a infância (onde estudou; se teve amigos; ainda os tem)? O que lembra da infância? Como era a relação com a família (mãe, pai, etc.)? E a adolescência?
- c) Como se mantém (recursos financeiros)? Onde trabalha? Onde e como é o trabalho?

ENCONTRO 2 - CUIDADO EM SAÚDE

- a) O que é cuidado em saúde para você? Como foi essa vivência de cuidado na infância? Alguma questão física ou emocional de saúde que incomode no momento?
- b) Como foi a busca de ajuda para cuidar do sofrimento psíquico? Onde buscou ajuda? Conseguiu?
- c) Desde quando está vinculada ao CMS? O que mais busca na unidade? Quais profissionais que procura? Com quem tem vínculo e por que? Porque está em acompanhamento com a psicóloga do NASF? Tem ajudado? O que espera deste acompanhamento?
- d) Como tem se sentido ultimamente? Algo te traz sofrimento no momento? Quem procura quando necessita de cuidado? Que lugares são importantes?
- e) Que momentos da vida se sentiu mais triste? E quais foi mais feliz? O que acha que pode ter na vida que alivie o sofrimento?

ENCONTRO 3 - REDES DE CONEXÕES

- a) Religião: Desde quando está na igreja? O que a religião representa na sua vida? Há alguém na igreja que tenha confiança? Quem procura na igreja quando precisa de algo?
- b) Raça: Como autodeclara cor/raça e por quê? Já sofreu preconceito por causa da cor/raça? Acha que a cor coloca barreiras na vida? Qual a cor dos pais?
- c) Renda, Trabalho, Condições de vida: Qual a importância do trabalho para além da renda? O que é viver no morro? Já sofreu preconceito por morar no morro? Acha que a condição de vida impede algo? Quais os projetos de vida? Como se vê daqui a 5 anos? Quais barreiras que tem hoje para realizar os desejos de agora e futuros?

APÊNDICE B - ROTEIRO NORTEADOR DISPARADOR DE DIÁLOGO COM OS PROFISSIONAIS

- a) Como a usuária chegou até você? Quem encaminhou e porquê?
- b) Como tem sido os atendimentos?
- c) Quais perspectivas/planos/projeções que tem de cuidado com ela (o que foi feito e o que se pretende fazer)?
- d) Quais as maiores barreiras para o cuidado dela?
- e) Quem é a usuária para você?
- f) Qual é a sua percepção sobre a mãe dela?
- g) Que rede de apoio você identificou dela (com quem pode contar, que lugar buscar)?
- h) Qual rede foi acionada no CMS e fora para acompanhar o caso?
- i) O que evolui neste caso?
- j) Quais são as dificuldades ainda presentes?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIO-GUIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO TERRITÓRIO POR PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: ENTRE O PERCURSO TERAPÊUTICO E A PRODUÇÃO DA VIDA** que tem como principal objetivo conhecer o cuidado em saúde produzido no território pelas pessoas em sofrimento psíquico. Desejamos saber como pessoas em sofrimento psíquico constroem seu cuidado em saúde no território, a partir de suas vivências, dos lugares que circulam e as pessoas que compõem sua rede de apoio neste processo.

Sua participação não é obrigatória e consistirá que você nos permita ser o nosso usuário-guia, isto é, nos possibilite aproximar-nos do seu cotidiano e de suas vivências de cuidado em saúde, entrevistando-o(a) uma ou mais vezes, caso necessário, sobre sua experiência pessoal de cuidado em saúde. Todas as conversas serão gravadas em áudio e depois transcritas para análise e também haverá registro da pesquisadora em diário de campo dos encontros.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, que serão totalmente financiados pela pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Enquanto benefícios desta pesquisa, acredita-se que o fato de poder compartilhar seu modo de viver e de construir o seu cuidado em saúde com outras pessoas, possa contribuir com propostas para melhorar o cuidado em saúde, que se aproxime da realidade de vida das pessoas que estejam em sofrimento psíquico.

Alertamos sobre possíveis riscos de desconfortos que você possa sentir com este estudo, pois permitir aproximação com o outro e falar sobre sua realidade, suas vivências, pode trazer lembranças e sensações desagradáveis. Para reduzir estes possíveis riscos, você poderá contar com a disponibilidade da pesquisadora para dar apoio através do esclarecimento de dúvidas, como também pelo zelo de sua integridade. O seu desligamento da pesquisa poderá ocorrer a qualquer momento sem prejuízo de relações, continuidade de tratamento e/ou vínculo.

As informações fornecidas por você serão analisadas, sempre garantindo o sigilo de sua identificação. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação ou das pessoas que você venha a citar, sendo utilizados, para isso, nomes fictícios. A sua identidade também será preservada em possíveis apresentações dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Todos os dados coletados de áudio e escritos serão armazenados em computador de uso privado da pesquisadora, com utilidade apenas para fins de pesquisa, permanecendo guardados por cinco (5) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012, quando serão descartados.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e da pesquisadora responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine

ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável.

Danielle da Silva Santiago
Pesquisadora responsável
E-mail: danielle.santiago@ipub.ufrj.br Cel.: (21) 99285-5072

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel.: 21-3938-0962
E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com/cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar deste estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a)

Participante: _____

Assinatura da

Pesquisadora: _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - REDE DE CONEXÕES DO USUÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO TERRITÓRIO POR PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: ENTRE O PERCURSO TERAPÊUTICO E A PRODUÇÃO DA VIDA** que tem como principal objetivo conhecer o cuidado em saúde produzido no território pelas pessoas em sofrimento psíquico. Desejamos saber como pessoas em sofrimento psíquico constroem seu cuidado em saúde no território, a partir de suas vivências, dos lugares que circulam e as pessoas que compõem sua rede de apoio neste processo.

Sua participação não é obrigatória e consistirá que você ajude com suas percepções sobre o cotidiano e as vivências de cuidado em saúde do nosso usuário-guia, através do registro do seu relato mediante aplicação de uma ou mais entrevistas, caso necessário. Todas as conversas serão gravadas em áudio e depois transcritas para análise e também haverá registro da pesquisadora em diário de campo dos encontros.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, que serão totalmente financiados pela pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Enquanto benefícios desta pesquisa, acredita-se que a sua contribuição ao falar sobre o modo de viver e de construir o cuidado em saúde do usuário-guia, possa auxiliar a conhecê-lo e com isto possibilitar a construção de propostas para melhorar o cuidado em saúde, que se aproxime da realidade de vida das pessoas que estejam em sofrimento psíquico.

Alertamos sobre possíveis riscos de desconfortos que você possa sentir com este estudo ao expor suas percepções sobre alguém próximo. Para reduzir estes possíveis riscos, você poderá contar com a disponibilidade da pesquisadora para dar apoio através do esclarecimento de dúvidas, como também pelo zelo de sua integridade. O seu desligamento da pesquisa poderá ocorrer a qualquer momento sem prejuízo de relações, continuidade de tratamento e/ou vínculo.

As informações fornecidas por você serão analisadas, sempre garantindo o sigilo de sua identificação. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação ou das pessoas que você venha a citar, sendo utilizados, para isso, nomes fictícios. A sua identidade também será preservada em possíveis apresentações dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Todos os dados coletados de áudio e escritos serão armazenados em computador de uso privado da pesquisadora, com utilidade apenas para fins de pesquisa, permanecendo guardados por cinco (5) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012, quando serão descartados.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e da pesquisadora responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine

ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável.

Danielle da Silva Santiago
Pesquisadora responsável
E-mail: danielle.santiago@ipub.ufrj.br Cel.: (21) 99285-5072

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel.: 21-3938-0962
E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com/cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar deste estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a)

Participante: _____

Assinatura da

Pesquisadora: _____