

# Novos olhares para outros modos de existência: desafios na produção do cuidado em saúde mental

## New looks for other ways of existence: challenges in the production of mental health care

Thayane Pereira da Silva Ferreira<sup>1</sup>, Juliana Sampaio<sup>2</sup>, Luciano Bezerra Gomes<sup>3</sup>

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i1p70-79>

RELATO DE CASO

Ferreira TPS, Sampaio J, Gomes LB. Novos olhares para outros modos de existência: desafios na produção do cuidado em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2018 jan.-abr.;29(1):70-9.

**RESUMO:** O artigo discute a potência da produção de novas visibilidades sobre pessoas com transtorno mental que reconheçam outros modos de existência. O percurso metodológico se deu a partir do encontro e suas afecções no qual os pesquisadores misturaram-se ao mundo pesquisado. Caracteriza-se como um estudo de caso, desenvolvido entre equipes de saúde, durante fevereiro a dezembro de 2015 no município de João Pessoa-PB. O caminhar cartográfico aponta o olhar inicial das equipes de saúde sobre a família, suas ofertas terapêuticas e o deslocamento dos olhares sobre os sujeitos. Este acompanhamento nos revelou que os sujeitos produzem infinitas conexões de vida, com, sem, ou mesmo apesar, dos profissionais de saúde. Produzir um cuidado que reconheça e legitime a autonomia do sujeito no seu modo de levar sua vida, implica em reconhecê-lo protagonista de sua história.

**DESCRIPTORIOS:** Psiquiatria; Desinstitucionalização; Saúde mental; Reforma dos serviços de saúde.

Ferreira TPS, Sampaio J, Gomes LB. New looks for other ways of existence: challenges in the production of mental health care. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2018 Jan.-Apr.;29(1):70-9.

**ABSTRACT:** The article discusses the power production of new visibilities about people with mental disorders to recognize other modes of existence. The methodological route took from the meeting and its disorders in which the researchers mixed themselves with the world searched. It was conducted monitoring of therapeutic offer of a Psychosocial Care Center and Family Health team with a family that had demands on mental health. Cartographic walk, which describe the initial look of health teams on the family, its therapeutic offers and the displacement of views on the subject. This monitoring has revealed that the subjects produce every day endless life connections with, without, or even despite, health professionals. Produce a care that recognizes and legitimizes the autonomy of the subject in his way to take his life, implies recognizing it protagonist of his story.

**KEYWORDS:** Psychiatry; Deinstitutionalization; Mental health; Health care reform.

O referido estudo faz parte do Observatório Nacional da Produção do Cuidado à luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas do SUS: avalia quem faz, quem pede e quem usa, desenvolvido pela Linha de Pesquisa Micropolítica do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com diversas Universidades Federais do Brasil, entre elas a Universidade Federal da Paraíba.

A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro

1. Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2581-4970>. E-mail: [thayane.silva01@hotmail.com](mailto:thayane.silva01@hotmail.com)
2. Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0439-5057>. E-mail: [julianasmp@hotmail.com](mailto:julianasmp@hotmail.com)
3. Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1957-0842>. E-mail: [lucianobgomes@gmail.com](mailto:lucianobgomes@gmail.com).

**Endereço para correspondência:** Thayane P. da S. Ferreira. E-mail: [thayane.silva01@hotmail.com](mailto:thayane.silva01@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A atual Política de Saúde Mental brasileira é resultado da luta de trabalhadores da saúde, familiares e usuários contra as práticas opressoras e asilares desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos durante várias décadas. Tal mobilização iniciou-se por volta de 1980 com o objetivo de mudar a atenção em saúde mental e a gestão do cuidado<sup>1</sup>.

A reforma no modelo de atenção às pessoas com transtorno mental propõe estratégias de cuidado que garantam o pleno exercício da cidadania dos usuários, e não somente o controle das sintomatologias. Nesta perspectiva, é que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) encontra-se estruturada em uma série de serviços, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>2</sup>.

Tais serviços têm o papel de agenciar a rede de atenção em saúde mental articulando intersetorialmente vários serviços e ações (educação, trabalho, moradia, cultura e etc) em vista do cuidado em redes que integre o usuário à comunidade<sup>3</sup>.

Nesse contexto, a desinstitucionalização passa a orientar o cuidado em saúde no sentido de desconstruir o modelo hegemônico centrado na doença e na institucionalização dos sujeitos. Isso implica, como propõe Amarante<sup>4</sup> que o sujeito com transtorno seja reconhecido como cidadão, colocando em questão o próprio conceito de doença mental.

Nesse cenário prático-conceitual da reforma, autores como Alverga e Dimenstein<sup>5</sup> e Rotelli et al.<sup>6</sup>, apontam a desinstitucionalização como um modelo prático de transformação da maneira de se olhar a loucura, de modo que a ênfase não se detenha na ‘cura’ mas no processo de ‘invenção da vida’. Nesse sentido, as ações em saúde passam a ter como foco, a construção de projetos terapêuticos, cidadania, participação social e sobretudo, projetos de vida.

Tais apostas colocam o desafio da saúde mental para além dos serviços da saúde já que a sua realização requer a abertura da sociedade para a sua própria diversidade<sup>1</sup>, de modo a garantir que o usuário ocupe diferentes espaços na comunidade e sinta-se pertencente ao local em que habita.

Partindo do entendimento como aponta Merhy<sup>7</sup>, que “o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores, e desses com os usuários por meio de fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos” (p.4), é imprescindível o desenvolvimento de análises que coloquem em questão a produção do cuidado no cotidiano do encontro entre trabalhadores e usuários.

Nesta direção, tem sido desenvolvida a pesquisa “Observatório Nacional da Produção do Cuidado à Luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas do SUS: *avalia quem faz, quem pede e quem usa*” que tem como objetivo avaliar a produção do cuidado a partir das redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde. A mesma é desenvolvida em uma Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) englobando dezenove municípios e envolvendo sete redes de cuidado.

Em João Pessoa, no estado da Paraíba, a pesquisa se desenvolve em parceria com professores da Universidade Federal da Paraíba, trabalhadores da saúde e gestores das redes municipais e estadual, analisando cinco diferentes redes temáticas. Dentre elas, o referido estudo traz apontamentos sobre a RAPS.

Nesta direção, o presente artigo tem como objetivo colocar em análise a produção de novas visibilidades sobre pessoas com demandas em saúde mental que reconheçam e legitimem outros modos de existência e suas reverberações na produção do cuidado em saúde mental, a partir da problematização sobre um estudo de caso.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os encontros, suas afecções e os acontecimentos guiaram o percurso metodológico do estudo, à medida que nós pesquisadores seguíamos as equipes (CAPS e eSF) na produção do cuidado. Assim, a nossa *in-mundização* no campo, compreendida como possibilidade de se misturar (interferindo e sendo interferido) no mundo pesquisado<sup>8</sup> se deu a partir da lógica cartográfica, por meio da qual nos permitimos acompanhar as mudanças nas paisagens dos territórios afetivos-existenciais dos sujeitos<sup>9</sup>.

De acordo com Rolnik<sup>10</sup>, a lógica cartográfica possibilita ao pesquisador/cartógrafo, por meio do encontro, mergulhar na geografia dos afetos, apropriando-se e expropriando-se de diferentes teorias para dar dizibilidade às intensidades que pedem passagem. Ela afirma ainda que o cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago, pois vive em busca de alimentos/elementos para compor as suas cartografias.

O percurso cartográfico se deu inicialmente nas reuniões de apoio clínico-institucional que aconteciam quinzenalmente no CAPS. No entanto, a partir das afecções que iam sendo produzidas nos encontros, ancoramos na equipe de modo a acompanhá-la nas atividades desenvolvidas dentro e fora do serviço.

Nesse movimento, pela ordem do acontecimento, fomos capturados por uma família que apresentava demandas em saúde mental, e permitimos que esta se tornasse guia do processo de produção do conhecimento sobre o cuidado em

redes, o que nos aproximou posteriormente da equipe de Saúde da Família (EqSF) por ela responsável.

Como guia, deixamos que a família (re)desenhasse o mapa de navegação, acompanhando-a nos seus territórios afetivos-existenciais. Diferentemente do estudo de caso-clínico, a proposta do usuário-guia busca romper com a ideia de “informante” no processo de produção do saber<sup>11</sup> possibilitando que os sujeitos coloquem, de forma viva e em ato, os acontecimentos que constituíram e constituem a sua história de vida e os processos saúde-doença.

Foi nesta direção que os espaços desenvolvidos pela pesquisa buscaram trazer a família para a produção do conhecimento e nesse movimento produzir interferências, ou seja, deslocar e desacomodar as equipes de saúde em busca de outras relações de saber-poder no cuidado em saúde mental<sup>12</sup>.

O percurso cartográfico se desenvolveu de fevereiro a dezembro de 2015, período no qual foram realizados 48 encontros com os trabalhadores da saúde, gestores e usuários da ESF e do CAPS, com uma média de 4 horas de duração em cada encontro.

Toda a vivência foi registrada em diários de campo dos pesquisadores da universidade e/ou gravada (com autorização de todos os presentes), o que possibilitou o resgate da memória e o processamento da experiência. Os nomes dos sujeitos citados ao longo do texto são fictícios e essa nomeação se deu a partir das afecções produzidas nos encontros com estes.

Atendendo às exigências éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todas as pessoas envolvidas no estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba, sob o CAAE nº 42554815.0.0000.5188, atendendo os princípios éticos da Resolução 466/13 do Conselho Nacional de Saúde<sup>13</sup>.

O processamento/análise dos dados ocorreu nos encontros cotidianos com os trabalhadores da saúde, gestores e usuários do CAPS e ESF, reconhecendo-os como pesquisadores de seu próprio processo de trabalho/cuidado, concretizando, assim, a aposta numa pesquisa compartilhada.

Ao longo do texto, apresentaremos este caminhar cartográfico representado em: Mapa 1; Mapa 1.1; e Mapa 1.2, entendendo que esta narrativa não se sustenta em apenas em um mapa, nem numa visibilidade estática mas sim numa cartografia do nosso caminhar<sup>14</sup> que é (re)desenhada à medida que novos elementos são desvelados na paisagem.

Nessa perspectiva, os tópicos apresentam as diferentes miradas (produções de visibilidades) que foram sendo produzidas neste caminhar cartográfico, ou seja, o olhar inicial das equipes de saúde sobre a família, suas

propostas terapêuticas, e o deslocamento das vistas sobre os sujeitos e seus efeitos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Mapa 1 - Narrativas que descrevem uma família de loucos e só*

Após a primeira visita do CAPS à família, três profissionais (uma psicóloga, um técnico de enfermagem e um médico) relatam sobre uma casa-caos, ambiente sujo, com pessoas confusas que falavam ao mesmo tempo. Eles destacam um dos membros que aqui chamaremos de Poderoso, um sujeito que demandava atenção em saúde mental, agressivo e tinha histórico de várias internações em hospitais psiquiátricos.

Além de Poderoso, outros membros da sua família necessitavam de cuidado. Os técnicos do CAPS relatam que a família é um verdadeiro ‘bicho de sete cabeças’. Seu irmão, Gênio apresenta um quadro de esquizofrenia, coleta sua própria urina para fazer experimentos. Escritora, sua irmã, também apresenta um transtorno psiquiátrico não diagnosticado e atraso cognitivo.

Viajante, irmão dos demais, faz uso abusivo de álcool e passa a maior parte do dia fora de casa. Aconchego, a matriarca da família, têm diabetes, hipertensão e uma úlcera em um dos membros inferiores com dificuldades de cicatrização.

Além destes que residem juntos, outros membros da família fazem parte do convívio e recorrem à casa da matriarca quando precisam de apoio. Como ocorre com Cuidadora, que apresenta transtorno mental e vê pombos, e Fortaleza que, quando em crise, é violenta e causa desordem em toda a família. Os relatos apresentam uma casa desorganizada onde viviam pessoas com distúrbios psíquicos e que precisavam de uma equipe de saúde para “estabilizá-los”.

O mapa construído da família por meio das narrativas fixava-se na loucura que ali parecia reinar, à medida que só era possível visualizar a doença mental daquelas pessoas (Figura 1). Tais narrativas prendiam-se na loucura, de tal forma que invisibilizava qualquer outra forma de existência daquelas pessoas, como acontece se colocarmos um decalque acima de um mapa e contorná-lo, restará apenas ele mesmo<sup>9</sup>.

A equipe do CAPS (mais especificamente, o técnico de enfermagem e o psiquiatra) assumiram o acompanhamento a esta família e a construção de estratégias de cuidado para os mesmos. E nós, pesquisadores da academia, os acompanhamos em suas ofertas de cuidado, buscando dar visibilidade aos trajetos existenciais que constituíam os territórios destes sujeitos.

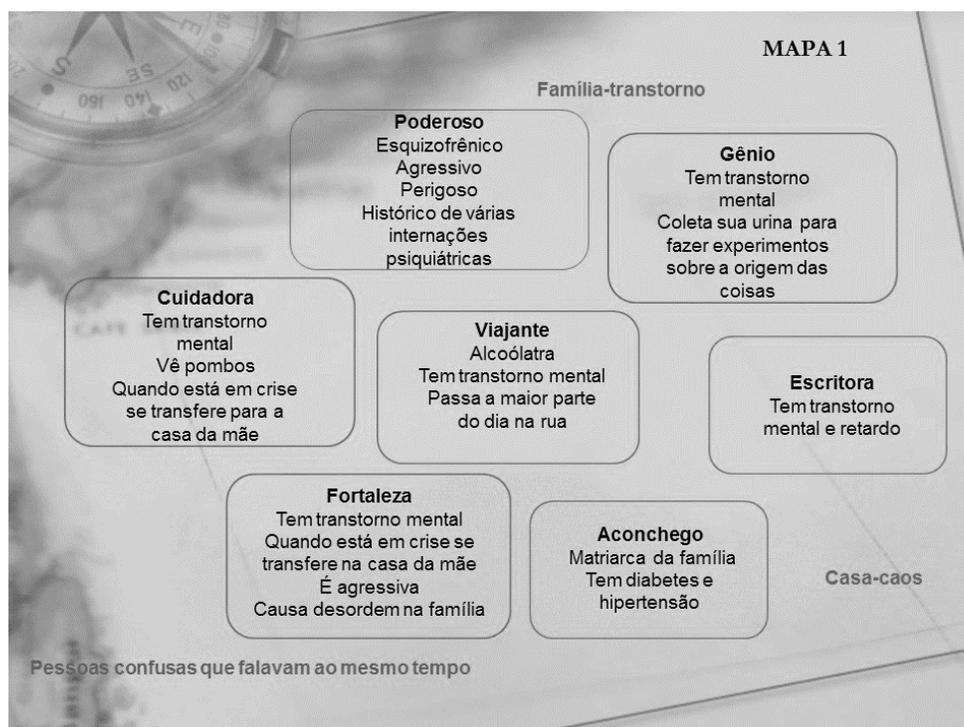


Figura 1 – Mapa construído da família por meio das narrativas das equipes de saúde

### Mapa 1.1 - A cartografia em movimento: acompanhando as mudanças de paisagens/olhares sobre a família

O encontro entre os trabalhadores da saúde e a família acontece num primeiro momento/paisagem onde estes - o psiquiatra e o técnico de enfermagem - avaliam as condições psíquicas dos sujeitos da família, e em seguida, repassam à equipe as condutas para a resolução do caso: medicalizar os “desorganizados” – Gênio, Viajante e Escritora- e, em seguida encaminhá-los para as oficinas e grupos terapêuticos do CAPS. Tal conduta é discutida e apoiada em reunião de equipe.

Aqui trazemos à discussão o quanto as ações em saúde muitas vezes se ocupam do controle da vida. De modo que, quando a equipe de saúde se depara com o “louco” suas ações visam controlar o seu modo de viver no mundo. Foucault<sup>15</sup> traz um debate sobre como a medicalização é prática central do cuidado em saúde mental, funcionando como parte de um dispositivo de disciplinarização. Tal prática muitas vezes é utilizada para silenciar os diferentes modos de existência, e assim normatizar as formas de viver.

Torre e Amarante<sup>16</sup> defendem a necessidade de “se romper com a psiquiatrização da sociedade, substituindo a

fórmula doença-cura e o ideal de ‘reparação de dano’ pela noção de produção de subjetividade e reprodução social dos sujeitos” (p.58, grifo dos autores).

Além disso, os desejos e vontades dos indivíduos muitas vezes são silenciados, e o trabalhador da saúde detém as decisões sobre a sua vida. Merhy<sup>17</sup> aponta que, quando nos encontramos com o outro diferente e este é visto como ameaça, tendemos a estabelecer uma relação de poder para conviver com o mesmo, que o coloque sob um determinado controle e domínio, que o submeta.

Acrescentamos também a existência do medo que produz abismos, impossibilitando o encontro e a convivência saudável das pessoas consideradas normais com os sujeitos acometidos por transtornos mentais. Estes últimos historicamente têm sido alvo de preconceitos e estigmas e comumente associados à violência, periculosidade, agressividade e imprevisibilidade.

Sampaio e Barroso<sup>18</sup> chamam a atenção para o fato de que nenhuma outra categoria humana, ao longo da história, foi tão vítima de preconceitos e estigmas como as pessoas com algum tipo de transtorno mental. Eles salientam que o homem realizou grandes feitos e conquistou avanços significativos no universo tecnológico, porém não conseguiu ainda relacionar-se sem temor com

o desconhecido, não conseguiu aproximar-se das pessoas com adoecimento mental.

Para colocar em operação a oferta terapêutica proposta pelo psiquiatra, a equipe do CAPS produz diversas visitas a família, envolvendo psicóloga, assistente social, técnico de enfermagem, psiquiatra em constantes negociações para a administração do medicamento que desde o início era negado pela família.

Num segundo momento/paisagem, após convencimento da família e administração da medicação injetável de depósito, algo diferente aconteceu daquilo que era esperado pela equipe. Gênio e Viajante se negam a manter o uso da medicação e argumentaram o motivo de tal recusa. Segundo eles, o mesmo causaria dependência além de impossibilitá-los de desenvolver suas atividades cotidianas. Além do mais, eles não apresentavam nenhuma vinculação ao serviço CAPS, de modo que, ao serem convidados a conhecê-lo, mostraram pouco ou nenhum interesse de ir até o serviço.

Tal cena suscita a discussão sobre as apostas que os usuários fazem para se produzirem cotidianamente, que podem, na maioria das vezes, divergir o ponto de vista das equipes de saúde. Nesta direção, Merhy<sup>17</sup> defende que a possibilidade de reconhecer o outro como alguém que também têm saberes, tanto quanto qualquer um, é uma forma de implicação ético-política que marca quais verdades são chaves para dialogar com outras, no mundo do cuidado, tomando o lugar do desejo do usuário como ponto de referência.

Logo, trazer o usuário para o centro da produção do cuidado considerando o seu cotidiano e repertório de atividades que o estruturam e trazem sentido ao seu dia-a-dia é uma aposta que legitima seus desejos e garante a sua co-responsabilização no cuidado. Galheigo<sup>19</sup> afirma que “*o cotidiano traz em si a marca da singularidade do sujeito e toma forma a partir de suas necessidades, valores, crenças e afetos*”.

Dessa maneira, cada sujeito deve ser visto de maneira singular e seus interesses, gostos, necessidades, recusas, identificações e resistências devem ser considerados como aspectos essenciais e constituintes da sua subjetividade, repleta de sentidos e significados.

Na recusa da oferta terapêutica, um terceiro momento/paisagem teve passagem a partir do deslocamento do olhar da equipe de saúde da família, do técnico do CAPS, e pesquisadores sobre essas pessoas, apostando em diferentes miradas sobre outras vistas do ponto, ou seja, outra forma de olhar a loucura nos seus modos de produção.

Merhy<sup>17</sup> reflete sobre como diferentes vistas do ponto sobre um sujeito geram tensões nos pontos de vistas sobre este, como também no cuidado produzido. Este autor afirma que:

(...) quando um profissional de saúde, de uma equipe, chega com esse outro mundo, olhando e dizendo: o corpo-biológico disfuncional não existe e o sofrimento não é apreensível pela noção de doença, portanto cuidar não é diagnosticar e tratar. Pois, cuidar é encontrar o outro e permitir que o modo como se produz vida em si, seja potencializada na construção de mais redes de conexões na existência<sup>17</sup> (p.5).

É nessa direção que a reforma psiquiátrica no Brasil vem buscando novas formas de agir com o chamado louco, contrapondo-se à psiquiatria manicomial<sup>20</sup>. No movimento de acompanhar as mudanças nas paisagens psicossociais, foi possível dar visibilidade às gambiarras<sup>21</sup> que esta família constrói para produzir vida, de modo a constituir-se como corpo coletivo. Um corpo constituído por redes de conexões afetivo-existenciais.

Assim, a representação da família como sendo de ‘loucos’ aos poucos cede espaços para dar visibilidade aos sujeitos, suas histórias de vida, e seus agenciamentos cotidianos que, em rizoma, apresentam conexões, interrupções e linhas de fuga em seus modos de produção<sup>9</sup>.

Mergulhamos na geografia dos afetos, e junto com o técnico do CAPS, a equipe de saúde da família, e a própria família, cartografamos seus territórios afetivos-existenciais: Quem é a matriarca e seus trajetos de vida? E Gênio, quem é ele, e qual sua história? Escritora, quem é ela? Quais as redes de conexões existenciais de Viajante? E os outros membros do núcleo familiar, quem são? Que relações estabelecem? Nesse processo de conhecimento da história dos trajetos de vida do outro, por meio de narrativas, uma nova história da família-guia ganhou visibilidade.

### **Mapa 1.2 - Abertura para o reconhecimento do rizoma/redes de conexões existenciais e de produção de cuidado na família-guia**

Narrativas sobre estes sujeitos foram tecidas nos encontros entre os pesquisadores, a família, seus vizinhos, equipe de saúde da família, e técnico do CAPS, de modo a possibilitar falas de si e do outro. Neste processo foi possível construir um genograma (Figura 2) que auxiliou no entendimento da dinâmica familiar.

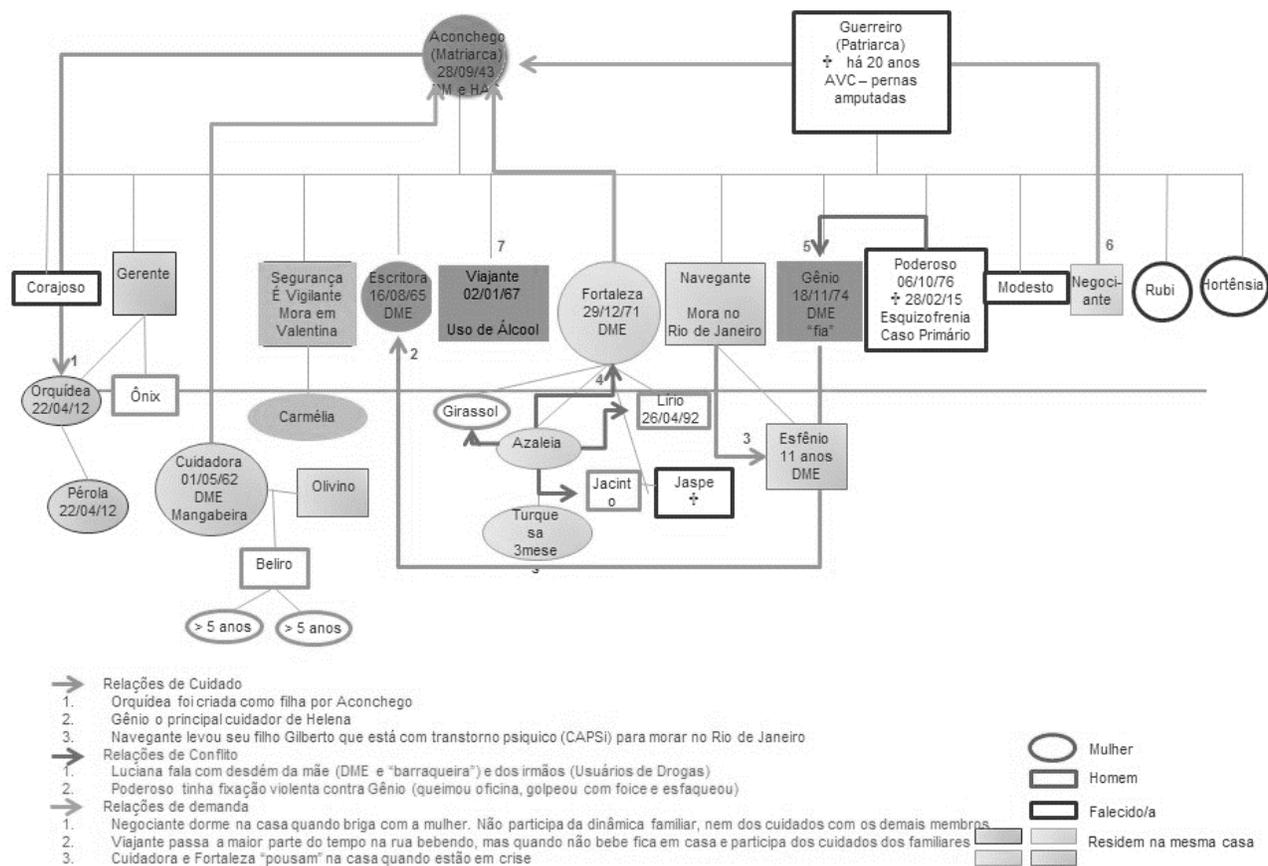


Figura 2 – Genograma da família-guia

Aconchego, a matriarca, casou-se com Guerreiro, falecido há mais de 20 anos. Tiveram quatorze filhos, dos quais quatro faleceram ainda quando crianças e Poderoso que faleceu há um ano. Dos nove filhos que estão vivos, três são mulheres e todas apresentam transtornos psíquicos.

Escritora é a única que mora com a mãe. As outras duas, Fortaleza e Cuidadora, são casadas, mas quando estão desestabilizadas emocionalmente, vão para a casa da mãe. Dos seis homens, dois moram com Aconchego e Escritora: Gênio e Viajante. Dos outros quatro, dois moram longe; Segurança em outro bairro da cidade e Navegante no Rio de Janeiro e ambos mantêm pouco contato com a família.

Os outros dois, Gerente e Negociante, são casados mas estão sempre por perto e frequentando a casa da mãe. Negociante, quando briga com a esposa, passa um tempo na casa da mãe e Gerente assume alguns cuidados com a casa materna.

Além dessa compreensão geral sobre os membros da família, pudemos nos encontros semanais com eles,

conhecer melhor os quatro integrantes da casa e suas respectivas histórias.

Gênio, para além de ser um sujeito com transtorno psíquico, é cuidador de sua irmã e auxilia a mãe nos cuidados domésticos. Sofria agressões por parte de seu irmão Poderoso. Tinha uma oficina na qual trabalhava com estofamentos, de muitos significados para ele, pois dali conseguia renda e tinha esta ocupação. No entanto, foi destruída por seu irmão Poderoso que, em uma de suas crises, ateou fogo na oficina. Foi o único da casa que finalizou o segundo grau, e isso lhe garantia um certo poder, o que ameaçava Poderoso

Na última de suas agressões contra Gênio, Poderoso atirou-lhe uma foice na cabeça, causando-lhe traumatismo craniano e longo período de internação. Quando retornou para casa, Gênio começou a apresentar quadro de delírios. Criou uma matemática própria, passou a fazer experimentos com sua própria urina e a desenhar rostos humanos (inclusive o seu) em papéis e nas paredes da sua casa.

Gênio tem importante papel na dinâmica familiar. Ele zela pela irmã e auxilia nos afazeres domésticos, produzindo cuidado para com a família. Nesta perspectiva, Gênio pôde ser visto pela equipe dos serviços de saúde como um indivíduo que agencia a dinâmica familiar, deslocando o ponto de vista de um sujeito adoecido, no qual o transtorno ofusca o indivíduo, impedindo-o de ocupar outros espaços, para outra vista do ponto onde este é reconhecido como cidadão e produtor de cuidado.

Ao cartografarmos esse sujeito nas suas multiplicidades, foi possível dar significações para os diferentes trajetos produzidos por este em seus territórios afetivos-existenciais. Nesta nova cena, conheceu-se o Gênio artista, o Gênio cuidador, o Gênio gerenciador das finanças e tantos outros que, como um rizoma, se produz nas suas linhas de fuga, desterritorializando-se e reterritorializando-se no seu mapa existencial e de produção de vida<sup>9</sup>.

Viajante, irmão dos demais, tem 40 anos e começou a beber aos 25 anos, quando passou a trabalhar em uma companhia municipal de coleta de lixo. Consegue suspender o uso do álcool quando percebe que está ficando magro e debilitado, ou quando a família solicita o seu apoio, como, por exemplo, quando Poderoso faleceu; quando Poderoso feriu Gênio; quando os irmãos se reúnem para pintar a casa no final de ano; quando o CAPS e a eSF marcaram as visitas e lhes pediram para estar sóbrio.

Como passa a maior parte do dia na rua, Viajante tem um convívio social com os outros viventes, de modo que estabelece vínculos e se sente pertencente àquele grupo. Quando cessa o uso de álcool, consegue alguns trabalhos informais.

Ao dar visibilidade a esses movimentos de Viajante, os profissionais puderam ver além de quem inicialmente era apenas mais um de uma família de loucos. Permitiram-se conhecer, então, um sujeito que tem vida social e cuidado consigo e com a família, que na nova concepção de saúde constitui-se como um espaço potente na produção do cuidado<sup>1</sup>. Foi possível então escutar e acolher sua demanda de cuidado, a partir da qual, mesmo reconhecendo que fazia uso danoso de álcool, não desejava abstinência, nem intervenção medicamentosa que lhe “deixava avoado”, sem conseguir trabalhar.

Escritora, além do atraso cognitivo e distúrbio psíquico, era uma jovem que participava de alguns grupos religiosos, tinha convívio com vizinhos e amigos da igreja. Como passa a maior parte do tempo em casa, gosta de desenhar, escrever e assistir TV.

À medida que conhecíamos os sujeitos e dávamos visibilidade para os seus modos de existência, os

diagnósticos, que inicialmente agenciavam as medidas de intervenção, não conseguiram resistir aos sujeitos que aparecem reafirmando os seus modos de produzir cuidado com, apesar ou para além das equipes de saúde.

Aqui discutimos sobre como os diagnósticos funcionam como verdadeiras camisas-de-forças que imobilizam possibilidades férteis de produção de cuidado, consoantes às necessidades reais das pessoas que apresentam sofrimentos e transtornos mentais. Estas, muitas vezes, têm a sua subjetividade desconsiderada, capturada ou mesmo anulada e assim são guiadas pela equipe de saúde, detentora do saber e do poder, percorrendo caminhos incongruentes com as suas histórias de vida e seus repertórios existenciais.

O encontro com esta família, permitindo-a ser nossa guia nos seus territórios afetivos-existenciais e as novas miradas sobre seus modos de caminhar pela vida, possibilitou novos olhares dos profissionais de saúde sobre estes sujeitos-multidões (Figura 3). Visto que, ao deslocarmos o olhar exclusivamente da loucura, alguém tido como louco pode ser também um pintor, um radialista, um marceneiro, um matemático, um físico, um poeta, um cantor, um, um, um, [...] produzindo multiplicidades nos seus modos de ser e existir<sup>9</sup>.

O olho retina que enxergava apenas uma família de loucos, que precisava ser controlada, cede espaços para o olho vibrátil, que captou as afecções produzidas no encontro<sup>10</sup>, de modo que foi possível dar visibilidade aos agenciamentos produzidos cotidianamente por estas pessoas e suas relações de cuidado.

O trabalho da equipe de saúde em um novo lugar/paisagem, que reconhece as diversas conexões entre os sujeitos desta família, abre espaços para a inventividade do trabalho vivo em ato. Assim, se torna possível, como afirma Cerqueira et al.<sup>22</sup> “conhecer outros terrenos de conexões existenciais capazes de produzir transversalizações, de agenciar multiplicidades que abrem espaço a diferentes formas de produção do viver, não mais restritos a uma história única” (p.79).

As novas visibilidades produziram novas formas de se relacionar com a família. De modo que a visibilidade da produção de vida e cuidado na loucura permitiu que os trabalhadores da saúde propusessem outras ofertas de cuidado não asilares, não desterritorializadas, não institucionalizadas. Nesta direção, um profissional do CAPS afirma que a ida de Gênio ao serviço para participar das oficinas e grupos não atendia suas necessidades terapêuticas, que passavam agora pela estruturação de projetos de vida e ressignificação do cotidiano, como a retomada de suas atividades laborais, como estofador e

ampliação da sua circulação na cidade, tendo em vista que esta se restringia à calçada de sua residência.

As visitas permitiram que as equipes de saúde – CAPS e eSF – aproximassem da família, acompanhassem suas necessidades de saúde no território, e criassem vínculo com estas pessoas, integrando seu território existencial e de relações.

A casa que no início deste estudo era representada como desorganizada, marcada pela loucura, e que precisava da intervenção do CAPS, agora é vista com novos olhares pelos trabalhadores da saúde. Continua sendo uma casa, como outra qualquer, mas na qual vivem pessoas que se produzem nas suas relações de cuidado e nos seus territórios

existenciais. O que mudou então? O ângulo de se olhar a família, reconhecendo a produção do cuidado na loucura.

Tal deslocamento produzido pelas interferências desencadeadas se expressa, por exemplo, numa reunião realizada para discutir o projeto terapêutico para esta família de modo compartilhado, em que além dos trabalhadores do CAPS, da eSF, dos pesquisadores da universidade, da equipe do Consultório na Rua e do CAPS-ad, também participou Dona Aconchego. Inserir a matriarca na reflexão sobre o cuidado que deveria ser ofertado aos membros de uma família que, à primeira vista, era reconhecida apenas como objeto de intervenção é uma mudança na relação que fala por si.



Figura 3 – Mapa construído a partir do deslocamento dos olhares sobre os sujeitos

## CONCLUSÕES

O acompanhamento da família, com a abertura da equipe para novos olhares sobre os membros e dinâmica familiar, possibilitou que esta pudesse visualizar os modos de existência de cada sujeito-multidão, ou seja, como afirma Gomes et al.<sup>23</sup> *“uma multidão de conexões que estes realizam na produção de muitos sujeitos, na medida em que se visibiliza uma complexa rede de afetos e conexões na*

*diversidade singular que comporta cada relação”* (p.40). E assim, abrir-se a uma nova vista do ponto, compreendendo a possibilidade de existência do louco cidadão, que produz cuidado para si e com o outro e que tem o direito de andar e circular pela cidade.

Nesta direção, Amarante<sup>20</sup> debate a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica que diz respeito à transformação social da loucura. De modo que seja possível pensar em estratégias que possibilitem a criação de outro modo

da sociedade ver e lidar com a loucura. É preciso reinventar novas cidades onde caibam outros modos de levar a vida.

Dentre as interferências desencadeadas neste processo de pesquisa compartilhada, está aquela produzida na própria equipe de saúde, que pôde visualizar os sujeitos para além da doença, e entendê-los como cidadãos, à medida que as equipes de saúde e nós pesquisadores podemos ver que estes agenciavam modos de cuidado e produziam vida para si e sua rede familiar.

**Participação dos autores no artigo:** Thayane Pereira da Silva Ferreira participou da pesquisa de campo, análise e processamento dos dados, escrita do artigo e revisão final para publicação; *Juliana Sampaio* participou da pesquisa de campo, análise e processamento dos dados e revisão do artigo.

---

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [citado em 17 mar. 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ed. MS; 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>
4. Amarante P. O homem e a serpente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
5. Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. Interface (Botucatu). 2006;10(20):299-316. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>.
6. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
7. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Ed.; 2006.
8. Gomes MPC, Merhy EE, organizadores. Pesquisadores IN-MUNDO um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>.
9. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs, capitalismo e esquizofrenia v. 1. Trad. Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995.
10. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.
11. Moebus RLN. Usuário como guia, ou como pode o mar elevar-se acima da montanha. In: Feuerwerker LCM, Berlussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada da produção do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. (Políticas e cuidados em saúde, 2). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>.
12. Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Talleberg C, Chagas MS, Rocha M, Santos NLP, Silva E, Vianna, L. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: Merhy EE, Gomes PC. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>.

13. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 [citado 14 mar. 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.
14. Merhy EE. A loucura e a cidade, outros mapas [citado 19 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-21.pdf>. 2005.
15. Foucault M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes; 1984.
16. Torre EHG, Amarante P. Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. Cad Bras Saúde Mental (Florianópolis). 2011;3(6):41-64. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502/1725>.
17. Merhy EE. As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas [citado 20 mar. 2016]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo\\_emerson\\_merhy.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf). 2014.
18. Sampaio JJC, Barroso CMC. Psicoses. Uma abordagem psicossocial em saúde mental. Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF. Quixadá: Escola de Saúde Pública, Área Saúde Mental; 1997. Mimeografado.
19. Galheigo SM. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2003;14(3):104-9. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p104-109>.
20. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz; 1995.
21. Moebus RLN. Habeas corpus sem órgãos. In: Siqueira M, Cocco G, organizador. Por uma política menor. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa; 2014. p.183-91.
22. Cerqueira P, Merhy EE, Silva E, Abrahão AL, Vianna L, Rocha M, Santos N, Chagas M, Tallemberg C, Santos MT, Carla A. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: Merhy EE, Gomes PC. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>.
23. Gomes MPC, Cipriano RC, Freire JT, Merhy EE, Abrahão AL, Silva E, Vianna L, Tallemberg C. Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: histórias de R. In: Merhy EE, Gomes PC. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>.

Recebido em: 28.10.17

Aceito em: 02.04.18