

SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES SOBRE AGENCIAMENTOS POSSÍVEIS NA RELAÇÃO COM A RESIDÊNCIATERAPÊUTICA

Mental Health In The Territory: Reflections On Possible Buildings In The Relation With The Therapeutic Residence

Érika Vanêssa Soares Freire¹

Barbara Eleonora Bezerra Cabral²

Artigo encaminhado: 30/03/2015
Aceito para publicação: 16/06/2016

RESUMO

A Residência Terapêutica compõe a Rede de Atenção Psicossocial, sendo uma estratégia de desinstitucionalização. Seus moradores devem receber apoio dos pontos de atenção de caráter territorial e comunitário, como os Centros de Atenção Psicossocial e Equipes da Estratégia Saúde da Família. Frente à escassez de discussões sobre esse dispositivo em um município do sertão baiano, o estudo buscou compreender como acontecem as relações de cuidado dos profissionais desses serviços de referência com os moradores da Residência Terapêutica. Optou-se pela abordagem qualitativa em saúde, respaldada no método cartográfico, valorizando-se a experiência de inserção nesse cenário a partir do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Os principais interlocutores foram 5 profissionais – 3 de saúde mental e 2 de saúde da família – e 2 moradores da Residência. Diários de campos e conversas específicas, disparadas por uma pergunta provocadora, gravadas e posteriormente transcritas, foram as ferramentas utilizadas na colheita de dados. Destacou-se que compreensões dos profissionais sobre Residência Terapêutica influenciam o modo de perceber os moradores, dificultando o processo de Reabilitação Psicossocial. O dispositivo é frequentemente considerado como serviço da rede e o cuidado, confundido com ajuda, evidenciando-se o estar em detrimento do habitar a casa, que dificulta a apropriação do espaço pelos moradores e contratualidade social. Destarte, existem desafios na articulação/integração da atenção intra e intersetorialmente, ressaltando-se a importância do Cuidador, do Técnico de Referência e do fortalecimento da Rede. Percebeu-se, ainda, a necessidade de reconhecer e fortalecer experiências exitosas na interseção ensino-serviço-gestão-control social, que também repercutem no dispositivo.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Moradias Assistidas. Estratégia Saúde da Família. Desinstitucionalização.

¹ Psicóloga Especialista em Saúde da Família/Saúde Coletiva e Residente em Saúde Mental pela Universidade do Vale do São Francisco (Univasf). E-mail: erika.vsfreire@yahoo.com.br

² Doutora em Psicologia e docente do Colegiado de Psicologia da Univasf. E-mail: barbaraebcabral@gmail.com

ABSTRACT

Therapeutic Residence integrates the Psychosocial Care Network, being a strategy of deinstitutionalization. Residents should receive support from the territorial and community points of attention, such as the Psychosocial Care Centers and teams of the Family Health Strategy. Identifying the shortage of discussions about this relationship in the local context, the study sought to understand how relationships between professionals of these referral services and the residents happen in a city of Bahia. A qualitative approach was chosen, supported on the cartography method, valuing the experience of inclusion in the context of the Family Health Multidisciplinary Residency Program. The main speakers were five professionals – 3 from mental health and 2 from family health strategy – besides including the two inhabitants of the Residence. Board diaries and specific conversations triggered by a provocative question, taped and later transcribed, were the tools used in data harvest. It was noted the comprehension of professionals influence the residents' way of perceiving, complicating sometimes the process of Psychosocial Rehabilitation. The Residence is often regarded simply as a network device and the care, confused with help, making it difficult for the residents to take hold of the place in which they live and to make social negotiation. Thus, there are challenges for the articulation of intra and intersectoral attention, highlighting the importance of the caregiver, the technical reference and the strengthening of the service network. It is also necessary to recognize and strengthen successful experiences on the intersection teaching-service - management - social control, which also impact the device.

Keywords: Mental Health Services. Assisted Living Facilities. Family Health Strategy. Deinstitutionalization.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica (RP) surgiu no final dos anos 70, enquanto imperativo ético-político, objetivando inventar vias à reconstrução da condição cidadã das pessoas com transtorno psíquico. Esse movimento ganhou força frente à participação de muitos atores sociais (usuários, familiares, trabalhadores de saúde, estudantes) que se inquietaram com a realidade vigente nos manicômios (AMORIM, 2008; BRASIL, 2013).

Inspirada na proposta de desinstitucionalização da experiência italiana, o movimento brasileiro imprimiu críticas radicais ao saber-poder da medicina, às práticas medicalizantes e segregadoras e aos signos que sustentavam a loucura como doença ou desvio. A doença deixou de ser foco, passando à “existência-sofrimento”, direcionando-se ações para a produção de vidas, pautadas na singularidade, integralidade e intersetorialidade (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Assim, a ideia de “reforma” ultrapassou as transformações estruturais, abraçando perspectivas sociais e sanitárias com vistas à redefinição do conjunto de elementos científicos, legislativos e administrativos em torno da assistência em saúde e de novas formas de cuidar em Saúde Mental (SM). No Brasil, a RP se articulou, em certa medida, à Reforma Sanitária (RS) durante o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), cenário de possibilidades para a construção e experimentação de novas modalidades no campo da Atenção Psicossocial, preferencialmente na implantação de serviços substitutivos de cunho comunitário e forte inserção territorial (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2007).

Algumas iniciativas políticas levaram à aprovação das Portarias nº 189/1991 e 224/1992, ajudando na consolidação e expansão de serviços diversificados para a promoção de cuidado longitudinal, intensivo e de natureza extra-hospitalar às pessoas em crise. Buscou-se alcançar tal resultado, inicialmente, via criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Lares Abrigados (AMORIM, 2008; BRASIL, 2013).

Essas experiências contribuíram significativamente para a homologação da Lei Federal nº 10.216/2001, que exigia a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, concomitante à proteção dos direitos das pessoas com transtornos psíquicos, dando sustentabilidade ao processo de desinstitucionalização e proporcionando a produção de estratégias que reafirmassem novos modos de atenção em SM (BRASIL, 2004).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgiram em 2000 e o Programa de Volta para Casa, em 2003, correspondendo, respectivamente, a moradias e um benefício-reabilitação destinados a egressos com mais de 2 anos ininterruptos de internação psiquiátrica. Essas estratégias visam à Reabilitação Psicossocial dos usuários, assistindo-os, acompanhando-os e contribuindo para (re)integrá-los socialmente. O benefício é concedido aos moradores pelo período de um ano, com o objetivo de restituir habilidades perdidas durante a internação, como a autoadministração financeira (AMORIM, 2008).

Consolidando esse processo de conquistas, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) vem traçando o redirecionamento do modelo assistencial em SM para a consolidação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir do Decreto nº 7508/2011 (BRASIL, 2013), essa articulação de serviços passou a integrar o conjunto das redes indispensáveis à constituição integral à saúde, assumindo-se que “... a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema

descentralizado, regionalizado e hierarquizado” (BUHELLE et al, 2006, p. 227).

Neste íterim, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011b) a fim de pontuar a importância da RAPS no âmbito do SUS, com vistas a ampliar o acesso da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos diversos pontos de atenção, como também garantindo sua articulação e integração no território, contínua e equanimemente.

A RAPS possui sete componentes: Atenção Básica à Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011b). Nestes se integram variados pontos de atenção de caráter substitutivo ao modelo manicomial, como os CAPS, os Centros de Convivência (Cecos), os SRT, as Unidades de Saúde da Família (USF), as oficinas de geração de renda e os leitos de atenção integral em hospitais gerais (BRASIL, 2013).

Enfatiza-se que um dos seus propósitos é fortalecer serviços “abertos”, que proporcionem o “cuidado em liberdade”, ou seja, o trânsito e a participação ativa dos usuários nesse processo de cuidado, como também, o diálogo com outros setores das políticas públicas (como Educação, Moradia, Trabalho e Cultura). Propõe-se desenvolver atividades no território, viabilizando o cuidado em SM e o fortalecimento de instrumentos condizentes, como a construção do Projeto Terapêutico (BRASIL, 2013). Ressaltam-se as Estratégias de Desinstitucionalização, Atenção Básica em Saúde e Atenção Psicossocial Especializada da RAPS para este estudo, abrangendo serviços voltados ao cuidado no território, *locus* privilegiado e estratégico para a Reabilitação Psicossocial.

Considerando as Estratégias de Desinstitucionalização, ganha relevo o SRT, ou simplesmente Residência Terapêutica (RT), pois não se trata precisamente de um serviço de saúde, mas espaço de morar propício e oportuno para se viver na comunidade, articulado e integrado à RAPS de cada município (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2007). Diversos estudos discutem-na enquanto importante dispositivo na RAPS para a consolidação dos princípios da RP, diferenciando-se significativamente dos demais serviços substitutivos por constituir-se enquanto espaço de moradia e de trocas sociais (BANDEIRA e GONTIJO, 2007; BRUM, 2012; FASSHEBER V, 2004, 2006; LOJUDICE et al, 2003; VIDAL C. E. L., VIDAL L.M., AMORIM, 2007; VIDAL; SANTOS JUNIOR e SILVEIRA, M. F. A., 2009;).

Em contrapartida, também apontam diversos obstáculos a serem ultrapassados, Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.19, p.17-41, 2016.

como a não efetividade política referente à redução de leitos psiquiátricos e a oferta ainda insuficiente de RT e CAPS; a adoção de práticas e serviços segregadores; a dificuldade de articular e integrar a própria RAPS às outras redes de atenção à saúde; a reprodução de práticas institucionalizadas e tutelares; a falta de matriciamento às Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF) para atender a demanda em SM e, conseqüentemente, a RT (FASSHEBER, 2004; AMORIM, 2007; BRUM, 2012)

Frente ao complexo processo da desinstitucionalização, no contexto da RP, destacam-se quatro aspectos essenciais: teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-político e o sociocultural. Essas dimensões problematizam conceitos referentes à psiquiatria e à concepção de loucura; inovações práticas e serviços que se contrapõem à perspectiva tutelar/manicomial; o exercício pleno da cidadania, incluindo a revisão/criação de leis e, por fim, a promoção de mudanças no imaginário social sobre a loucura. É nesse contexto de transformação dos modos de cuidar que as RT se inserem (AMARANTE, 1994 apud AMORIM, 2008).

Desse modo, as RT visam garantir a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, através da progressiva inclusão social das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou de custódia, que não possuem suporte social e/ou laços familiares (BRASIL, 2011a; 2011b).

As primeiras RT, denominadas Lares Assistidos, surgiram durante a década de 1990. Após 12 anos de luta, perderam sua natureza manicomial e se tornaram serviços abertos na comunidade, através da lei psiquiátrica nº 3.657/1989 (AMORIM, 2007; BRUM, 2012). Em 2000, o MS lançou duas portarias (n.º 106 e 1220), que instituem regras básicas e financiamento específico para a sua implementação, sendo incrementadas posteriormente pela nº 3.090/2011(LOJUDICE et al, 2003; BRASIL, 2011a).

Existem duas modalidades de RT, a tipo I acolhe no máximo oito moradores com transtorno mental, contando com um cuidador de referência, e a tipo II é destinada a pessoas que possuem um acentuado grau de dependência, sobretudo em função do seu comprometimento físico e que, por isso, necessitam de cuidados permanentes específicos. Nesta, serão acolhidos no máximo dez moradores, devendo-se contar com cinco cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem (BRASIL, 2011a).

Diante disso, percebe-se que existem particularidades a cada módulo residencial, marcadas pelo nível de dependência dos moradores, que devem ser discutidas nos seus

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.19, p.17-41, 2016.

projetos terapêuticos a fim de que haja a reapropriação do espaço residencial como moradia e o suporte à reinserção na rede social (trabalho, lazer, educação, entre outras). Isso acontece via mediação do cuidador, que precisa compreender os trâmites do “serviço” e do cuidado em SM, sendo um trabalhador do CAPS, da ESF ou outrem que possa ser, inclusive, subsidiado pelo benefício do Programa de Volta para Casa proveniente de algum morador da RT (BRASIL, 2004).

Para garantir excelência no cuidado em SM, faz-se necessário, antes mesmo da implantação, uma prévia pactuação entre gestores, comunidade, usuários, profissionais de saúde, rede social de apoio, além de um trabalho clínico ampliado com os futuros moradores. Posteriormente, define-se a referência que realizará o suporte técnico-assistencial, podendo ser efetuada pelo CAPS ou pela ESF (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, o MS (BRASIL, 2007) vem tecendo discussões importantes a respeito do vínculo e o diálogo necessário entre SM e a ESF, no contexto da RAPS, contemplando alguns de seus pontos de atenção. Ressalta-se que “[...] tanto no campo da Atenção Básica quanto da Saúde Mental, saúde e cidadania são indissociáveis.” (BRASIL, 2013, p. 22); por isso, a RAPS deve se dedicar com afinco à proposta da desinstitucionalização, visando fortalecer práticas e demais estratégias na lógica territorial.

Assim, todo trabalho em saúde deve ser compreendido como um fazer coletivo, sendo a própria reinserção social um processo coletivo (HONORATO; PINHEIRO, 2007), que se pratica no cotidiano, pois é no encontro com o outro que a clínica vai se constituindo. As práticas sociais se constituem via “território-vivo”, por meio de um agir político, em meio às multiplicidades de objetos, corpos, desejos, pensamentos e histórias (GUATTARI, 1990 apud BRASIL, 2013; DELEUZE, GUATTARI, 1972 apud HAESBAERT; BRUCE, 2002).

O conceito de território ultrapassa a abordagem clínica e sanitária, apostando no potencial das relações sociais, na conotação subjetiva presente nas dinâmicas de saber-poder, na transversalização das práticas em saúde, pautadas na corresponsabilidade da equipe e na formação da rede (HONORATO; PINHEIRO, 2007).

Os CAPS e as EqSF, portanto, devem resgatar e valorizar a potencialidade dos recursos comunitários, assumindo um papel estratégico na organização da RAPS e na promoção de cidadania dos usuários. Diferenciando-se apenas pelo nível de complexidade – aquele se trata de um serviço especializado e este atende à demanda espontânea –, ao final, devem se integrar e se articular cotidianamente (BRASIL, 2011b).

Sua constituição se dá via representação de equipes multiprofissionais que atuam sob a lógica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas em sua área territorial contínua e corresponsavelmente, usufruindo de espaços coletivos e intersectorializados (BRASIL, 2011b).

Buchelle (2006) pontua a importância desse cenário no processo organizativo das práticas de cuidado, pois "... tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental" (BRASIL, 2013, p. 19), atuando como porta de entrada no SUS. Destarte, compreende-se que a SM está integrada à saúde, estando presente nas diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde.

Nesses espaços, a discussão sobre Reabilitação Psicossocial é compreendida enquanto conceito-chave para o envolvimento e integração da rede social e diversos atores do processo saúde-doença, no desenvolvimento de ações que visam à reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. Esse processo remete à ampliação do poder de contratualidade dos usuários nos diversos cenários existenciais (SARACENO, 1999), criando-se condições para que o mesmo enfrente, ativamente, as dificuldades vividas nesses cenários: moradia, rede social ou trabalho com valor social.

As ações em SM devem ser realizadas em rede, de modo articulado e fundamentado nos princípios que norteiam a RP (BRASIL, 2007). Sendo assim, a RT, nas necessárias articulações com CAPS e ESF, torna-se cenário estratégico para se compreender essa produção prática-conceitual do campo da AP, via relações construídas entre profissionais e usuários/moradores. Tal é a proposta discutida nesse texto, que reflete o processo vivido na pesquisa configurada a partir da questão-bússola: "como acontecem as relações de cuidado entre profissionais de serviços de saúde de base territorial e os moradores da Residência Terapêutica em um município do interior da Bahia?".

Para respondê-la, demandou-se conhecer a única RT existente, cartografando, via imersão em campo, as práticas de cuidado de profissionais da EqSF de referência e do CAPS II na relação com os moradores da RT e com a própria RT, o que implicou discutir sobre a efetivação da AP no território a partir das práticas (re)conhecidas e postas sob investigação.

2 MÉTODO

A questão de pesquisa foi construída a partir da imersão, como residente, no campo de práticas em Saúde Pública através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Univasf³. Compreendendo o valor da experiência, o estudo pautou-se numa abordagem qualitativa, assumindo caráter interventivo e social, pois abrange “[...] investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (MINAYO, 2007, p.47).

A proposta metodológica se respaldou no Método Cartográfico (KASTRUP et al, 2009), pressupondo que o cartógrafo/pesquisador precisa ocupar-se das vivências nos cenários em que se insere, observando, estudando, trabalhando, promovendo uma dialética entre sujeito e objeto, enfatizando os encontros e afetos gerados a partir disso, ao captar as formas de produção de vidas e vidas em produção (BRASIL, 2013; KASTRUP et al, 2009).

Os relatos de experiência do pesquisador/cartógrafo foram valorizados, compreendendo-se que a produção do conhecimento deve se abrir aos movimentos do território. Assim, a pesquisa em campo – necessariamente interventiva – buscou "revelar as formas de expressão do trabalho, das tecnologias de gestão do cuidado, do encontro entre trabalhador e usuário, os afetos que circulam entre os sujeitos em relação" (BRASIL, 2013, p.45).

A compreensão é de que os espaços são processuais, heterogêneos, múltiplos em seus aspectos, sejam biológicos, sociais, psicológicos e/ou geológicos e, por isso, encontram-se em permanente movimento, territorializando-se, desterritorializando-se e reterritorializando-se. Tal compreensão torna-se um importante instrumento para se entender as práticas sociais e o agir político a partir das multiplicidades e simultaneidades de encontros entre pessoas, desejos, pensamentos, ou seja, uma condição essencial para a produção de um território que se faz frente a agenciamentos processuais e dinâmicos (HAESBAERT e BRUCE, 2002).

Desse modo, teceu-se uma discussão ampliada sobre a RT de um município no interior da Bahia, que se configura ora como Serviço Público – onde transitam usuários-moradores e profissionais de saúde – ora enquanto espaço de moradia, singular e

³ Pós-graduação *Lato Sensu* da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), em parceria com Secretarias Municipais de Saúde de municípios do sertão do São Francisco e financiada pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

subjetivo, que deve transcender a ideia de mais um serviço na RAPS. Somados à RT, outros dispositivos de base comunitária e territorial integrantes da RAPS constituíram o cenário da pesquisa: o CAPS 2 de referência e a EqSF a que a RT se encontra adstrita.

A organização da atenção básica no município se pauta na ESF, compreendendo 58 EqSF e 1 equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), distribuídas em seis Distritos Sanitários – quatro na zona urbana e dois na zona rural –, cada um contando com um apoiador para desenvolver atividades supervisionadas, com aproximadamente 93% de cobertura⁴.

Em relação à Atenção Psicossocial Especializada, existem dois CAPS – um tipo II e outro para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, onde também funciona provisoriamente a equipe do futuro CAPS I. O CAPS II é a referência assistencial para a única RT do município, conhecida como Residência Terapêutica Ivani Cassimira da Silva, em homenagem a uma moradora. A RT é do tipo I e foi implantada em 2005. Não possui cuidador e, na época do estudo, tinha apenas dois moradores, com laços familiares fragilizados.

Atores/autores inseridos no território pesquisado participaram, em alguma medida, do estudo. Mas foram gravadas conversas com sete interlocutores, considerados estratégicos à compreensão do tema: dois profissionais da EqSF – o de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde (ACS); três do CAPS – o coordenador de SM do município e dois técnicos de nível superior; e os dois moradores da RT. Em relação ao motivo da escolha dos profissionais, destacaram-se a proximidade e disponibilidade em relação ao cuidado da RT, de modo que se constituíam como referências. O número reduzido de moradores justificou o convite aos dois únicos para compor o grupo de interlocutores.

Seguindo as pistas do método cartográfico, o procedimento de coleta levou em conta a experiência da pesquisadora durante a sua imersão no contexto da ESF, no CAPS e na RT, permitindo que, na condição de pesquisadora, a mesma se assumisse como sujeito atuante, em contato direto com as pessoas e seu território existencial, podendo transformar a realidade e se transformar, concomitantemente (PASSOS e ALVAREZ, 2009).

A proposta de elaboração das compreensões baseou-se no registro em diários de campo, sendo tais escritos fundamentais para iluminar os sentidos que surgiram em torno

⁴ Documento produzido pela Secretaria Municipal de Saúde do referido município, em 2013.

da questão de pesquisa, pois vêm “... colaborar na produção de dados de uma pesquisa e tem uma função de transformar as frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer” (PASSOS e ALVAREZ, 2009, p. 70).

As impressões registradas e discutidas posteriormente foram produtos de afetações provocadas pela imersão em campo de janeiro/2014 a julho/2014, valorizando as compreensões produzidas a partir do cotidiano das relações de cuidado em SM no território. Assim, as visitas domiciliares e institucionais realizadas à RT e aos serviços envolvidos, como também a imersão nos demais espaços pertinentes para o estudo (eventos festivos, reuniões, conversas), foram consideradas necessárias e relevantes para a constituição da pesquisa.

Além disso, foram realizadas e gravadas as conversas com os profissionais e moradores da RT, transcritas posteriormente. As conversas partiram das seguintes perguntas provocadoras: “Na sua prática profissional, como é a sua relação com a Residência Terapêutica?”, para os profissionais, e “Como é a sua relação com a ESF de sua área e o CAPS?”, para os usuários.

Tratando-se de pesquisa baseada na inserção cartográfica, os dados colhidos – ou os processos acompanhados – por meio do contato com as pessoas e trânsito no território foram trabalhados com ênfase na política da narrativa, apostando-se que esses indicam maneiras ou uma posição narrativa, dos sujeitos da pesquisa ou do próprio pesquisador (PASSOS e BARROS, 2009). A escrita adquire, assim, um cunho político, no qual se compreende que toda produção de conhecimento pode ocorrer a partir de uma tomada de posição, levando o sujeito a uma implicação, pois

[...] a política é a forma de atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas e legais. [...] Nesse sentido, podemos pensar a política da narrativa como uma posição que tomamos quando, em relação ao mundo e a si mesmo, definimos uma forma de expressão do que se passa, do que acontece. Sendo assim, o conhecimento que exprimimos acerca de nós mesmos e do mundo não é apenas um problema teórico, mas um problema político. (PASSOS e BARROS, 2009, p. 151).

Desse modo, o que foi vivido na imersão cartográfica constitui-se como “dados colhidos”, analisados sob a ótica da força de produção da palavra, afirmando o protagonismo dos interlocutores e a função criativa das práticas, sob a perspectiva de que tudo adquire valor simbólico e coletivo (PASSOS e BARROS, 2009).

As compreensões/interpretações produzidas, partindo da matéria-prima colhida via

experiência da cartografia, fez com que a própria questão de pesquisa fosse se reconstruindo e clareando ao longo do estudo, ganhando diversos matizes e fazendo surgir, em momento posterior à saída do campo, quatro eixos temáticos. Tais eixos foram configurados como questionamentos, refletindo a tensão provocada pelo encontro com a realidade e seus atores/atores. Pela sustentação teórico-epistemológica do método experimentado, enfatiza-se que o processo interpretativo já houvera iniciado quando da própria entrada em campo, sendo transversal a toda a pesquisa.

3 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Considerando a aproximação entre os serviços e RT, as articulações realizadas junto aos profissionais e os moradores, as inquietações vividas no processo cartográfico, registradas nos diários de bordo, além das interpretações tecidas por meio do (re)encontro com as narrativas dos colaboradores, configuraram-se quatro eixos temáticos, dispostos como questões provocativas. Os eixos-questões se mostram interdependentes, buscando rerepresentar as práticas cartografadas no cotidiano do território explorado. Revelam, assim, possíveis – e talvez, necessários – agenciamentos⁵ do cuidado territorial em SM na relação com a RT e apontam para as compreensões sobre a RT, as experiências na relação com esse dispositivo, os modos de cuidar e algumas possibilidades para potencializar esse cuidado.

Cabe ressaltar que, por preocupações éticas, optou-se que os fragmentos narrativos fossem referidos a partir do respectivo cenário de atuação primordial, não se recorrendo a uma distinção de categorias profissionais. Assim, tem-se: Morador A, Morador B, Profissional CAPS A, Profissional CAPS B, Profissional CAPS C, Profissional EqSF A e o Profissional EqSF B.

3.1 Como, em ato, compreende-se Residência Terapêutica?

As compreensões quanto à RT ressaltaram a dicotomia casa/serviço, gerando diversos sentidos nas relações terapêuticas no contexto dos encontros entre profissionais e usuários/moradores. Essa dicotomia se revelou em diversos depoimentos, a exemplo de

⁵ Agenciamento é um conceito criado por Deleuze e Guattari, caracterizando-se como um operador de primeira ordem, dado referir-se ao “modo concreto de produção de realidade, em qualquer dimensão, material ou imaterial, e não a uma verdade que representaria o real”; trata-se, sobretudo, de um acontecimento multidimensional, como indicado por Luiz Fuganti. (<http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/agenciamento>, acessado em 31.03.2015). A utilização no trabalho remete a negociações e construção de outros possíveis, no contexto relacional em que os autores/atores estão imersos.

[...] Uma relação muito complicada! É público e é privado. É uma casa, mas é um serviço... A qualquer momento outras pessoas podem vir a se utilizar desse serviço, eles podem ter novos colegas de vida diária.” (Profissional CAPS C).

Segundo Scarcelli (2011), não se trata de solucionar a dualidade casa/serviço, muito menos a de usuário/morador. Esse sentido dual pode resultar do desconhecimento da finalidade da RT, por parte dos profissionais, o que, por sua vez, gera insegurança no âmbito das práticas desenvolvidas. Importa lembrar que, durante o processo cartográfico, essa “natureza” híbrida (serviço/casa) se apresentou fortemente nas narrativas. A rigor, revelavam a percepção da RT mais como serviço, havendo um predomínio da perspectiva de tratamento. Entretanto, o contato com os moradores parece desalojar esses sentidos:

“Eu me surpreendi, porque também tinha uma visão totalmente diferente. Eu achava que ia chegar lá e tá uns pacientes meio desorientados. Mas não! Eles cozinham, eles tomam banho, eles limpam a casa, se cuidam da maneira que podem. Cheguei lá e estavam usando pomada vencida, mas eles não têm noção disso, às vezes não têm a noção.” (Profissional EqSF B).

A RT é tida como espaço provisório, acessível e “humanizado”, principalmente quando se trata de usuários que estão nela há mais de cinco anos, como os dois moradores-interlocutores. Evidenciou-se tal caráter de provisoriedade do morar, marcadamente reproduzido e reafirmado em suas falas:

“Um dia eu sei que vou ter que sair, porque lá não é para sempre. Mas não pretendo sair agora, não. Só pretendo sair se eu conseguir meu benefício. É... a Residência não é para sempre. Já falaram pra mim que a Residência é provisória. Eu fico preocupado em eles querer me tirar de lá e eu não ter pra onde ir.” (Morador B)

Tal aspecto exige uma discussão ampliada, partindo da compreensão de que a RT deve ser tratada, prioritariamente, enquanto espaço de moradia. Transcendendo os moldes de um serviço, deve (re)construir o sentido de liberdade/autonomia no morador, na medida em que este o toma como casa, o que lhe permitindo circular por outros espaços (SANTOS JUNIOR e SILVEIRA, 2009; SCARCELLI, 2011).

No contexto pesquisado, evidenciou-se a magnitude desse desafio, assentado em problema anterior: a RT parecia não vir entrando na agenda cotidiana das equipes do CAPS e da EqSF de referência. A escolha desse cenário para pesquisa, nos moldes assumidos, possibilitou que esse dispositivo ganhasse algum tipo de destaque na rede local, o que compromete ainda mais as pesquisadoras com as provocações, questionamentos apresentados e, sobretudo, suas repercussões.

Assim, a aproximação dos profissionais de saúde da RT deve ser avaliada e redesenhada, sem que aconteça apenas nas “urgências” ou no cumprimento de estratégias simplificadas sem prévia – ou posterior – problematização das intervenções. A relação de cuidado com a RT (mais especificamente, seus moradores) deve se imbuir de uma contraposição à perspectiva segregadora do modelo tutelar/manicomial, onde as práticas de cuidado são, em geral, técnicas e “desumanizadas”, voltando-se à doença ou procedimento, distanciando-se da existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento (BRASIL, 2006). Um profissional da EqSF, ao realizar sua primeira visita à RT, articulada durante o estudo, revelou essa compreensão:

“São pacientes que têm algum transtorno mental, conseguem ter uma vida sem crises, têm uma carência do ponto de vista familiar. Eles precisam ter uma vida normal, sem internamento em hospital psiquiátrico, sem ter que ficar o dia todo no CAPS, eles têm uma vida. A Residência Terapêutica faz com que eles sejam tratados dentro do próprio meio deles. Eles mesmos no autocuidado. A Residência Terapêutica vem pra dar mais independência ao paciente.” (Profissional EqSF B)

Dentre as consequências dessa aproximação, podem surgir vínculos de confiança e fortalecimento da relação profissional-morador, como encontrado por parte de outros profissionais dessa EqSF: o cuidado ao morador pode circular na equipe, comunidade e diferentes esferas da vida (trabalho, lazer, moradia), não estando associado a um único profissional ou serviço (SCARCELLI, 2013).

Outro ponto vivenciado em campo foi o choque provocado nos profissionais e demais agentes do cuidado quando se depararam com a degradação das condições físicas da casa à época do estudo:

“O que eu achei necessário é mais cuidado, uma casa melhor, um apoio maior... a casa está lá caindo aos pedaços, está como fosse largada. Joga eles lá, e tão lá. Agora precisa de um ambiente saudável também e não está tão saudável.” (Profissional EqESF B)

“(...) Mesmo sendo um lugar que tá lá com tantas fragilidades, mas esses usuários ainda precisam desse lugar. E essa potência toda fica dissipada.” (Profissional CAPS B)

A preocupação com a estrutura física fez surgir questionamentos quanto às condições precárias de moradia, segurança, desemprego e itinerância dos moradores. O encontro com a RT denunciou um movimento de inclusão marginal, precária e instável, na tentativa de amenizar efeitos do que se entende por exclusão, levando os profissionais e a comunidade a apresentarem falsas soluções, travestidas sob a aparência de ajuda/favor, risco indicado por Scarcelli (2013). Tal relação compromete agenciamentos

possíveis/necessários pelos profissionais de saúde em seu agir cotidiano na relação com a RT, ao se distanciar política e eticamente do que se compreende por Reabilitação Psicossocial, calcada na noção da ampliação do poder de contratualidade dos usuários.

3.2 Como é viver na Residência Terapêutica?

Considerando que os profissionais parecem compreender, predominantemente, que a RT constitui extensão do CAPS II, a vida nesse espaço se torna restrita, estabelecendo dependência do usuário para com tal dispositivo. Não raramente dita-se como se deve morar na RT, tutelando-se não só os moradores, mas o próprio CAPS, tomado por uma rotina de trabalho. Muitas vezes não se percebe – ou reconhece – ali os movimentos reveladores de potência de vida: os moradores resistem, transformando-a em lugar de (auto)cuidado, como indicaram nas conversas durante a inserção cartográfica:

“Na residência mesmo, eu limpo, faço as coisas, mas eu vou dizer: **já olham tudo, reparam tudo**. Sem os óculos às vezes não dar pra eu ver tudo, disseram que tinha rato lá; mandaram lá visitar, não tinha rato. Não vou criar rato, eu não vou criar lagarto, não vou criar escorpião. Eu não vou criar isso, não! Vou criar é gente!” (Morador A; grifos das autoras).

Cabe, então, recorrer à problematização empreendida por Scarcelli (2013) sobre a oposição entre o *estar* e o *habitar* uma RT, diferentemente do que se vive, em geral, na relação com um “mero” serviço ou equipamento da rede.

O *estar* tem a ver com anomia e anonimato do espaço em relação ao indivíduo que não tem poder decisional, material e simbólico; *estar* tem a ver com a escassa apropriação do espaço por este indivíduo. O *habitar* expressa um grau mais evoluído de propriedade do espaço no qual se vive, não se restringindo, portanto, ao aspecto material. (SCARCELLI, 2013, p.79)

É imprescindível atentar ao modo como ocorre a relação discurso-prática no cotidiano, dado o principal objetivo da RT ser (re)construir autonomia e cidadania, diferentemente da realidade vigente, que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE e AMARANTE, 2001 apud MOREIRA e ANDRADE, 2007). Uma casa pode significar uma boa oportunidade para exercitar o poder e o prazer de morar, como também poderá levar à perda do poder contratual. Scarcelli (2013) reitera esse aspecto necessário à Reabilitação Psicossocial, destacando que essas restrições, também na dimensão material e simbólica, impossibilitam o sentimento de habitar, causando aprisionamentos.

Partindo da inserção cartográfica, compreendeu-se como a relação dos moradores no *habitar* a RT depende das relações estabelecidas com a equipe profissional,

demandando que estes reconheçam as necessidades/demanda dos moradores, para que participem da construção desse cuidado singular:

“(...) isso também envolve o diálogo com eles: “o quê vocês sentem que está faltando? O quê seria bom? O que não foi?”. Pra gente tentar melhorar esse cuidado, a gente tem que envolvê-los totalmente nisso. Quem sou eu pra saber o que seria melhor pra eles? Quem somos nós?” (Profissional CAPS C).

Essa compreensão é lançada por um profissional inserido há poucos meses no serviço, que busca romper com histórico de sucessivos cortes de profissionais e práticas institucionalizadas – gerando restrição dos usuários-moradores relativa às decisões do morar –, visualizando-os enquanto “sujeito-sujeitado” (SCARCELLI, 2011):

“O Caps já dá uma força pra gente, dá o café, já dá o almoço, dá a janta, já tá cuidando bem. O pessoal do CAPS também tá acostumado com a gente lá. (...) Não tenho vontade de sair do CAPS nem da Residência.” (Morador B).

Destaca-se que “[...] do mesmo modo que o manicômio é o lugar por excelência de negação do habitar e, conseqüentemente, lugar do estar, a casa também pode reinstalar essa condição do estar, principalmente naquilo que se refere ao ex-morador do hospital.” (SCARCELLI, 2011, p. 80). Diante disso, os profissionais devem se atentar para não reproduzirem uma realidade opressora, ao entender a RT como, exclusivamente, serviço e, conseqüentemente, produzir relações de submissão e negligenciar a cidadania dos moradores.

Na tentativa de valorizar o espaço enquanto moradia subjetiva, houve a pretensão de organizar, durante a imersão em campo, junto aos profissionais e demais usuários, uma festa de aniversário surpresa de um dos moradores na RT, compreendendo que o trânsito de outras pessoas nesse espaço poderia levar à produção (expansão) de vida, através de uma comemoração singular. Entretanto, resistências por parte dos profissionais do CAPS II se tornaram perceptíveis: pensavam que os demais usuários entenderiam que o morador em particular estaria sendo privilegiado. Sem que houvesse negociações ou até mesmo uma escuta prévia desses usuários, a festa tomou uma proporção coletiva/pública, ou seja, foi realizada em nome de todos os aniversariantes do mês, suprimindo o que haveria de singular na existência do morador.

Compreendeu-se que são necessárias discussões quanto ao “viver na RT”, pois, mesmo existindo histórico de outros moradores desde a implantação, há dois moradores que permanecem há nove anos e evidenciam uma condição instável, marcada pela

sensação de provisoriedade da moradia, tentativas fracassadas de reaproximação familiar, em geral interrompidas pelas sucessivas trocas de profissionais no serviço, desemprego e ausência de benefício. A única atividade de renda realizada pelos moradores vem sendo a coleta de material reciclado, trabalho informal, pontual e insuficiente para garantir sustento, instaurando-se uma relação de sujeição.

“Eles não tem rede nenhuma! Ajuda nenhuma! Uma ajuda de custo, pelo INSS pra comprar um remédio, pra comprar uma roupa, um short, uma sandália. Porque você sabe, na rede falta muito a medicação. [o morador A] junta reciclado, vende um pouquinho, entra dez, entra cinco reais. E quando falta o lanche, quando sente vontade, vai lá no supermercado e compra. [o morador A] deveria ter o salarinho dele pra comprar as coisinhas.” (Profissional EqSF A).

Assim, “... a vida que é produzida de alguma maneira nos serviços parece não ter extensão para a vida ‘lá fora’” (DIMENSTEIN e AMORIM, 2003, p.199), como uma força que realiza uma captura biopolítica, operando sobre o cuidado aos moradores da RT e dificultando o movimento da “clínica do habitar”. Questionar os contatos com a cidade, a permanência e frequência no serviço durante a semana ou o período destinado às atividades nele desenvolvidas torna-se relevante para que o *habitar* efetivamente se materialize.

3.3 Como se cuida da Residência Terapêutica no contexto da rede?

À época do estudo, dois profissionais foram definidos como Técnicos de Referência (TR) da RT. Compreende-se que essa definição foi fruto da pesquisa-intervenção. Aponta-se a ausência da figura do cuidador no dispositivo havia mais de três anos. Quanto à participação da EqSF, destacavam-se práticas ambulatoriais, mediadas por um profissional específico: o ACS.

Percebeu-se a fragilidade com que se configurava a clínica do cuidado, pois a atenção aos moradores e à RT se mostrou restrita ao âmbito do serviço CAPS ou a trabalhos administrativos *in loco* (consertos ou falta de material). As condições de trabalho precárias (como a ausência de transporte para realização de visitas domiciliares, cortes ou transições sucessivas nas equipes anteriores, principalmente na equipe do CAPS II) também dificultaram a operacionalização do cuidado, possivelmente afetando as expectativas dos moradores.

“O vínculo precário de trabalho traz uma consequência muito danosa para o cuidado, porque quando tu está começando um processo de trabalho, vem um corte. Então esse corte não é só para o profissional. Ele fica como

um dado e fica principalmente pra quem tá demandando esse cuidado.” (Profissional CAPS B).

Dimenstein e Amorim (2003) indicam que quando o cuidado se tece exclusivamente por um serviço, acreditando-se que esse deva ser especializado e se restringir a determinado espaço, corre-se o risco de institucionalizar os dispositivos substitutivos envolvidos, assim como as demandas e os sujeitos. A dimensão híbrida da RT deve ser recomposta nessa rede e nas relações que, por vezes, excessivamente administrativas/ burocráticas, dificultam o cuidado aos moradores.

Os desafios de articular territorialmente a atenção à RT tornaram-se evidentes, relacionando-se a inúmeros fatores, destacando-se a presença de profissionais recém-concursados e sem formação específica no campo da Atenção Psicossocial, além da rotina burocrática, em que os processos cotidianos de cada dispositivo (ESF e CAPS II) não são alvos de reflexão, tampouco as possibilidades de articulação. Assim, desenvolvem-se práticas institucionalizantes e normatizantes, resultando frequentemente na desresponsabilização do cuidado em relação à RT:

A gente deixa muito a desejar em relação ao que os pacientes da Residência realmente merecem e precisam. Principalmente em relação a essa relação de cuidado que a gente diz preservar, diz se preocupar, mas que hoje o município não dá essa devida atenção. [...] Temos muitos cuidadores aqui que precisam ter um outro olhar sobre os pacientes da Residência Terapêutica, e não institucionalizá-los mais ainda.” (Profissional CAPS B).

Percebeu-se o isolamento dos dispositivos envolvidos, quando se compreende como imprescindível a convergência dos pontos de atenção dessa rede. É necessária a articulação, aumentando-se o diálogo e a resolutividade das ações desenvolvidas (AMORIM, 2008). Nesse caso, a figura do Cuidador exerceria uma função primordial:

“O pessoal do CAPS? A gente sentava, conversava, porque ele era intermediador.” (Profissional EqSF A).

Dimenstein e Amorim (2003) citam que a atenção deve transitar pela equipe, lugar privilegiado para a circulação de saberes e atuação criativa dos envolvidos, envolvendo os moradores, pela escuta e relação terapêutica, e também aqueles que se tornam referências nesse percurso, como o Cuidador e o TR. Este, sendo técnico de nível superior, conduz as reuniões, facilita a comunicação e constrói, junto à equipe, as diretrizes do trabalho. Já o Cuidador, “orienta”, de certo modo, o funcionamento da casa junto aos moradores, partindo das discussões com o TR, mediando o processo de habitar

a casa/cidade. O cuidado torna-se ação direta e contínua no cotidiano, trabalhando em favor da produção do morador como mais um cidadão, amigo, vizinho (DIMENSTEIN e AMORIM, 2003; AMORIM, 2008).

Assim, os profissionais podem/devem se utilizar de outros espaços e estratégias para a operacionalização do cuidado, como reuniões de equipe e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para os moradores, ampliando as fronteiras no cuidado territorial.

“Hoje, com a questão da discussão do PTS, acho que a equipe está visualizando melhor, um pouquinho mais... A visibilidade desses usuários tem aumentado nas discussões de PTSs. Então, passam a serem usuários que não estão na discussão de PTS porque ele tem um problema agudo, ou uma crise, mas uma questão aguda social, porque eles não têm o acesso devido às famílias, eles não conseguem essa reinserção sociofamiliar, ou até em outros campos [...]” (Profissional CAPS B).

Oliveira (2008) destaca o PTS como arranjo operador/gestor do cuidado, traçado pela cooperação e compartilhamento de saberes centrados no usuário, necessitando de envolvimento da equipe no seu processo de construção. Esse instrumento deve ser construído na perspectiva da RAPS para produzir uma clínica com foco na integralidade. Demanda, portanto, reavaliações sistemáticas, revelando-se além dos parâmetros de normalidade e subjetivação preconfiguradas (DIMENSTEIN e AMORIM, 2003). Sua produção deve alcançar todos os usuários, independentemente do espaço que ocupe ou demanda apresentada, como é o caso dos moradores.

Nessa direção, considera-se necessário haver a consolidação da RAPS, entre os próprios profissionais, como indicado na metáfora utilizada no seguinte fragmento:

“... falam muito pra gente “Tem uma rede! Tem uma rede!”. Mas que rede é essa que não funciona? A rede que pega o peixe é cheia de nó, pra segurar o peixe quando cai na rede. Não é?! Quando quebra um nó, o peixe entra e sai.” (Profissional EqSF A).

Quando se discute sobre RT e Reabilitação Psicossocial, é imprescindível mobilizar e articular todos os dispositivos, já que a vida é intersetorial (SOUTO, 2010 apud BRUM, 2012). O propósito de consolidação da RAPS vinha ganhando destaque no município em momento de pactuação de seu desenho entre gestores, gerando preocupações entre os profissionais envolvidos:

“[...] olho pro plano da RAPS e fico super preocupada, porque esse foco de discussão, o CAPSad, ainda seria um CAPS muito oneroso. Isso pro gestor estagna mesmo a discussão, que é algo como se fosse: ‘Tá, mas eu não dou conta, então não vamos poder abrir agora!’. No município,

pactuou na RAPS todos os serviços, todos os possíveis e imagináveis. Isso facilitou porque eu consegui ver quais são os outros pontos que essa rede precisa pra ser substitutiva e, assim, a gente pode dizer 'Não, sanatório!'. [...] falta a gente abrir os olhos pro território e dizer 'sim' à rede de saúde mental [...].” (Profissional CAPS B)

Remetendo a esse debate da consolidação da rede, destaca-se que Amorim (2008) aponta uma ideia análoga, conhecida como “redes de dependência”, na qual se enfatiza o trabalho corresponsável, iniciado desde o planejamento e implantação da RT e continuado em um processo avaliativo constante, para que se sustente a desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial no percurso. Destacam-se, assim, três eixos principais de corresponsabilização: na RAPS, especificamente CAPS-SRT; entre a atenção especializada e a ABS; entre todos, no cuidado de cada um na perspectiva intersetorial (AMORIM, op. cit.).

Tal importância da corresponsabilização chega a ser reconhecida, como pode ser vislumbrada no fragmento abaixo, mas ainda distante de uma efetivação no contexto pesquisado:

[...] porque eu entro no Posto de Saúde e me atendem. Atendem perguntando se eu tenho família e digo que tenho, mas não moro com a família, moro na Casa da Residência. Diz que eu não posso ficar só também, pra fazer as coisas, por causa do problema de saúde. Que tem que ter uma pessoa pra ficar lá. **Você acha necessário? (pesq)** Eu às vezes acho. **As vezes? (pesq)** Assim, porque a gente doente não tem a quem se apegar. (Morador A; grifos das autoras).

No trânsito RT-EqSF, moradores-profissionais, novos agenciamentos surgem a partir dos encontros, como um telefonema para o familiar ou outro serviço para trocar informações sobre o morador; a necessidade de articulações entre serviços de referência, como um prontuário compartilhado ou a percepção de que os moradores podem se inserir nas atividades propostas pela EqSF.

“[Morador B] é obeso. A gente sempre quando passa na visita orienta [Morador B] a andar, a fazer caminhada pelo menos de manhã, na hora que ele for pro CAPS. (...) Eu descobri [...] que ele é diabético e hipertenso por acaso... Eu disse “Diga a ela que mande o telefone dela, que eu preciso conversar com ela, bote num papelzinho e mande pra mim!”. Ela mandou e eu pedi a medicação do [Morador B], eu tenho a medicação hoje. Hoje eu posso tratar de [Morador B] como diabético e hipertenso.” (Profissional EqSF A).

Quanto ao terceiro eixo citado por Amorim (2008), identificaram-se diferentes segmentos comunitários acionados no próprio território do morador, que se mostram articulados e potencializadores na construção dessa atenção, como a articulação dos vizinhos com os ACS, na tentativa de reaproximá-los da família:

“Lá eles têm uma vizinhança. Na hora da necessidade, esses vizinhos chegam e veem, me ligam, me chamam. Inclusive teve um dia que me chamaram, ligou pra mim ‘O [Morador B] está aqui, deu uma crise!’. Inclusive ele estava lá até ameaçando de se matar. Eu fui lá, conversei tudo, peguei um telefone até de uma irmã que ele tem aqui e liguei.” (Profissional EqSF A).

O encontro com a RT fez com que outras questões relacionadas às ações de SM no território emergissem, a exemplo da solicitação de visitas domiciliares durante a imersão cartográfica, em aproveitamento da especialidade da pesquisadora (Psicologia), percebida como ausente nas discussões e operacionalização de outras atividades na unidade:

“[...] Eu sinto essa necessidade, não só na Casa Terapêutica, mas também dentro da nossa Unidade, é com a psicóloga. A gente não tem. Disse que tinha um tal do NASF. Esse NASF aqui não funcionou.” (Profissional EqSF A).

A inserção de psicólogos na ABS vem sendo possível pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos através da Portaria 154/08 (BRASIL, 2014). Esses dispositivos, também incluídos no plano da RAPS, são compostos por equipes multiprofissionais que se integram e apoiam as EqSF, compartilhando, portanto, práticas e saberes em saúde à medida que auxiliam no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários (BRASIL, 2014).

Quanto a isso, o relato do profissional apontou uma das ferramentas no cenário da ABS: o Apoio Matricial em SM. Assim, considera-se necessário esse suporte técnico-pedagógico na viabilização do cuidado na ESF, responsabilizando todos os profissionais, não apenas o núcleo da Psicologia. Isso poderia promover ações territoriais compartilhadas, evitando encaminhamentos desnecessários ou a concentração do cuidado em determinados serviços (SILVA e AZEVEDO, 2011).

3.4 Como a articulação ensino-serviço reverbera na dinâmica da Residência Terapêutica?

As narrativas dos interlocutores ressaltaram a parceria entre Universidade-Rede de Saúde, que vem acontecendo mediante diversos dispositivos formativos comprometidos com essa aproximação: Residências Multiprofissionais em Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Estágios Profissionalizantes e projetos de extensão e pesquisa.

“Você veio pra cá, você já tinha certa experiência em saúde mental, e me ajudou muito a construir isso, a me apropriar disso, desse lugar também da

saúde mental, o Numans⁶, a participação nas oficinas, conhecer o pessoal da universidade, [...] e agora, mais recentemente, a Residência de Saúde Mental [...]” (Profissional CAPS C).

Entretanto, o investimento da gestão municipal em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi visto como incipiente, principalmente para os profissionais recém-inseridos à época, via concurso público.

“A gente não tem uma possibilidade de maturação, de preparo, de instrumentos de trabalho pra eles através de um processo de Educação Permanente. Acho que isso hoje nos faz muita falta.” (Profissional CAPS B).

Reflete-se, a partir desses pontos, que discussões sobre EPS e o Quadrilátero de Formação para a Saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004) seguem pertinentes, demonstrando sua relevância e a necessidade para aprimoramento profissional. Considera-se fundamental estreitar a articulação gestão, atenção, formação e controle social, cabendo forte responsabilidade ao Núcleo de Humanização e Educação Permanente municipal.

Compreende-se que frente à ausência de estratégias formadoras municipais, permanentes/continuadas, os profissionais procuram outros recursos disponíveis⁷. Na articulação com a Univasf, destacam-se a promoção de oficinas empoderadoras via projeto de extensão e eventos ligados à Luta Antimanicomial, organizados pelo Numans. Tais espaços têm viabilizado alguns frutos no empoderamento dos agentes construtores do cuidado em SM, incluindo usuários, considerando o trabalho intersetorial ativado pelo Controle Social:

“Eu ouvir dizer [...] numa reunião que teve em Petrolina, aquelas que a gente ia lá pro Numans, parece que tem uma verba que vem diretamente pra Residência Terapêutica. Não sei se é verdade.” (Morador B).

Percebeu-se a importância da construção da autonomia possível de usuários e familiares pela democratização do conhecimento acerca do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando-se a organização comunitária para o controle social (BOTTI e ANDRADE, 2008). Em relação aos profissionais, a EPS, enquanto abordagem descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, propicia:

⁶ O Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão surgiu em 2009. Trata de um movimento social em saúde mental do Vale do São Francisco, composto por estudantes, usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde, disparado no âmbito da Univasf.

⁷ Destacam-se a oferta de diversos cursos de especialização para preceptoria em saúde com apoio do Ministério da Saúde (como o operacionalizado pelo Hospital Sírio-Libanês, em 2014).

[...] a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (CECCIM, R. B. e FEUERWERKWER, L. C. M., p.50)

Compreende-se que a RAPS é construída por pessoas em relação, atos em saúde, processos tecnopolíticos e intersetoriais, primando-se pela qualidade da gestão, aperfeiçoamento da atenção e o fortalecimento do controle social. A presença do Fórum Permanente de Saúde Mental⁸ retrata essa tentativa de se configurar como um espaço para encontros e ações coletivas, viabilizando a “cadeia de cuidado progressivo à saúde”, via educação em serviço, com a imersão de diferentes agentes (profissionais, estudantes, docentes, residentes) (CECÍLIO, 1994 apud CECCIM, R. B. e FEUERWERKWER, L. C. M., 2004). Contudo, as narrativas dos profissionais propõem a garantia de “encontros intersetoriais e formativos” e, em geral, desconhecem essas possibilidades como já existentes no município.

Cabe potencializar tal proposta do Fórum, mediante reconhecimento da gestão quanto a importância de ampliar acesso a espaços já construídos. O investimento nesse dispositivo e a participação dos interlocutores que fazem parte da RAPS permitiria que o cuidado na RT ganhasse novos contornos políticos por meio da ação interdisciplinar e intersetorial. Considera-se crucial pensar sobre as exigências atuais para aprimoramento na AP via articulação com a formação, havendo uma função importante a ser cumprida pelas instituições de ensino locais e seus cursos de saúde.

4 CONCLUSÃO

Ao final da pesquisa-viagem, percebeu-se que predomina uma invisibilidade da RT no cenário local. Esse trabalho não pretende encerrar a discussão, mas provocar reflexões sobre a necessidade de maior articulação na RAPS local a partir das relações com a RT. Experimentou-se como fundamental a participação de todos no processo de concretizar a Estratégia de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial, em especial o usuário/morador, ator fundamental, que disparou o compromisso ético-político firmado quando da decisão de empreender esse estudo.

⁸ Surgiu em 2013, no município, tendo como objetivo a articulação intersetorial da rede de serviços através da participação dos profissionais para discussões em saúde mental, formação em serviço, produções interdisciplinares e intersetoriais na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.19, p.17-41, 2016.

O campo da Atenção Psicossocial/SM demanda olhares ampliados e sensíveis na busca de garantir a resolutividade das diversas questões evidenciadas, relativas principalmente às prioridades para alocação dos recursos, apoio às equipes de serviços de base territorial, promoção da integração desses profissionais e, por fim, participações efetivas dos usuários e familiares.

Debates e ações são urgentes, para que a proposta de cuidado da RT se distancie da lógica tutelar/manicomial. Sabendo-se que nada, no campo das políticas públicas, pode ser tomado como garantido, demandando vigilância e defesa permanente, apresenta-se uma aposta da pesquisa: as reflexões tecidas poderão se amplificar, guiando práticas de cuidado mais participativas no contexto local, sejam quais forem as configurações da RAPS municipal e regional, em processo de consolidação.

O essencial não são os dispositivos, mas o agir-político, que desenha relações entre diversos produtores de cuidado-vida nas redes de atenção e apoio, compreendidas nos trâmites de um cotidiano tão imprevisível, incessantemente alinhavadas pelo compromisso de alargamento da vida.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. K. M.A.; DIMENSTEIN, M.. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1): 195-204, 2009.

AMORIM, A. K. M.A. *O serviço residencial terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização*. (Tese de Doutorado). Natal/RN: UFRN, 2008.

BRUM, L. D. R. V. *O serviço residencial terapêutico em questão*. (Tese de Mestrado). Niterói: [s.n], 2012.

BRASIL. Portaria Nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde serie F, 2004. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Nº 3090, 23 de dezembro de 2011a.

_____. Portaria Nº 3088, 23 de dezembro de 2011b.

_____. DECRETO Nº 7508, 28 de junho de 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos da Atenção Básica – Saúde Mental*. nº34. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

CECCIM, R. B. e FEUERWERKWER, L. C. M.. 2004. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

FASSHEBER, V. *Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica*. (Monografia). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Psicologia, 2004.

FASSHEBER, V.B.; VIDAL, C. E. L.. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2007, 27 (2), 194-207.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R.. O “cuidador da desinstitucionalização”: o trabalhado político no cotidiano das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos. In: PINHEIRO, R. et al. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

HAESBAERT, Rogério; BRUCE, Glauco. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. *GEOgraphia*, v. 4. n.7. 2002.

KASTRUP, V. et al. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs.* - Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p.

LOJUDICE, D. et al. Residências terapêuticas e reabilitação psicossocial: relato de experiência. *Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil*. Paraná, 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Ed 10. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOREIRA, M.I.B.; ANDRADE, A. N.. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. *Psicologia e Sociedade*. 19 (3): 46-54, 2007.

OLIVEIRA, G.N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. Hucitec. 2008. p. 283-297.

PASSOS, E; ALVAREZ, J. Cartografar é habitar um território existencial. In: KASTRUP, V. et al. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade (Org)*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.

PASSOS, E. BARROS, R. B. Por uma política da narratividade In: KASTRUP, V. et al. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade (Org)*. - Porto Alegre: Sulina, 2009.p. 150-171.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.. Práticas de cuidados produzidos no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Rev*

Esc Enferm USP. 43 (4): 788-95, 2009.

SARACENO, B. *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M.. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. *Esc AnnaNery*, 2011, jul-set, 15 (3): 602-609. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a23v15n3.pdf>>. Acessado em 20 ago 2014.