

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SERTÃO PERNAMBUCANO: USUÁRIA GUIANDO CAMINHOS

Mental health care in the semiarid region of Pernambuco: user guiding paths

Thâmara Agnes da Silva Santos¹
Barbara E. B Cabral²

Artigo encaminhado: 31/08/2020
Artigo aceito para publicação: 20/06/2023

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, com destacada participação de forças geradas pela mobilização de Luta Antimanicomial, redesenhou o modelo de atenção em saúde mental, tendo por premissa a substituição da lógica manicomial por um cuidado territorial, operado por diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. O estudo se desdobra como uma avaliação da produção do cuidado na RAPS de Petrolina-PE, pelo intuito de compreender efeitos da política de saúde mental na produção de cuidado, com ênfase no impacto na trajetória existencial de uma usuária, tomada como guia. Caracterizou-se como pesquisa cartográfica, recorrendo à ferramenta usuário-guia e colheita de narrativas, no exercício de valorização dos encontros tecidos em campo. A matéria-prima produzida possibilitou reflexões em torno de pontos nodais para a produção do cuidado, destacando-se: crise e fluxos existenciais; diagnóstico e estigma; abertura e produção de vida além de trabalho e produção de autonomia. Os resultados apontam uma demanda expressiva de fortalecimento da RAPS, pelo investimento na potência de seu teor substitutivo, intrinsecamente inventivo e desburocratizante, sobressaindo-se a educação permanente de trabalhadores e a valorização do protagonismo de usuárias/os/es em processos de cuidado como vias fundamentais para a operacionalização do cuidado territorial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Avaliação em Saúde. Educação Permanente.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform process underway in Brazil, with the prominent participation of forces generated by the mobilization linked to the Struggle against the Asylums, redesigned the model of mental health care, under the premise of replacing the asylum logic by a territorial care, operated by various devices of the Psychosocial Care Network (RAPS). The study unfolds as an evaluation of the production of care in the RAPS of Petrolina-PE, in order to understand the effects of mental health policy in the production of care, with emphasis on the impact on the existential trajectory of a user, taken as a guide. It was characterized as cartographic research, using the user-guide tool and

¹ Formada em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco. Residente do programa de residência multiprofissional de Saúde Mental da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

² Professora Adjunta do Colegiado de Psicologia e das Residência em Saúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco/Univasf.

collection of narratives, in the exercise of valuing the encounters woven in the field. The raw material produced enabled reflections around nodal points for the production of care, highlighting: crisis and existential flows; diagnosis and stigma; openness and production of life in addition to work and the production of autonomy. The results point to a significant demand for the strengthening of the RAPS, by investing in the power of its substitutive content, intrinsically inventive and debureaucratizing, highlighting the continuing education of workers and the valorization of the protagonism of users in care processes as fundamental ways to operationalize territorial care.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Rehabilitation. Health Evaluation. Education, Continuing.

INTRODUÇÃO

Este artigo brota de experiências produzidas em uma pesquisa realizada no semiárido nordestino, na cidade de Petrolina-PE, direcionada à avaliação dos efeitos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) na trajetória existencial de usuários/as de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os dispositivos analisados foram a Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica de número 10.216 (2001), que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, e a Portaria GM 3088 (2011/2023), que “institui a RAPS 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”.

A pesquisa buscou pôr em conversação atores/atrizes que compõem a RAPS local na perspectiva de compreender os efeitos das PNSM na produção de cuidado em saúde mental no município, assumindo, portanto, caráter avaliativo. A discussão aqui apresentada decorre de um dos vetores do estudo, voltado à compreensão da produção do cuidado na RAPS por uma via específica: o impacto da política na trajetória existencial de usuários/as.

Em período recente, foram impostas mudanças significativas na PNSM, com a instituição da Portaria GM nº 3588 (2017), pelo Ministério da Saúde (MS). Dentre outros retrocessos, o documento introduz o hospital psiquiátrico (HP) na RAPS, tomado como dispositivo a ser superado em concomitância à implantação de serviços territoriais. Em fevereiro de 2019, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas lançou a Nota Técnica nº 11/2019, reafirmando o movimento de recuo e invalidação do processo de

Reforma Psiquiátrica (RP) em curso no país, exemplificado, dentre tantos outros pontos, na destituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do papel de organizador da RAPS, pontuando que nenhum dispositivo deve substituir outro. Nisto se revela a intencionalidade de neutralizar o processo de extinção progressiva dos HP e da lógica manicomial, horizonte da PNSM tecida no seio da luta pela transformação dos modos de cuidado em saúde mental (SM).

Guimarães e Rosa (2019) destacam que a Portaria 3588/2017 é mais um ato demarcador do processo de “remanicomialização do cuidado”, no contexto de um projeto de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). Importa compreender o SUS e a PNSM como conquistas situadas na contramão do projeto neoliberal, que apostam na responsabilidade do Estado de garantir direitos fundamentais, estando permanentemente em disputa.

Compreender uma política pública requer uma análise das condições históricas em que se produziram seus marcos legais (GIOVANELLA *apud* GUIMARÃES; ROSA, 2019). No que tange à produção de políticas públicas de saúde mental no Brasil, destaca-se o protagonismo do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), criado no final da década de 70 por grupo de militantes da Reforma Sanitária, incluindo trabalhadores, estudantes, usuários de SM e familiares. O MTSM é chave na mobilização antimanicomial, construindo o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP, em 1987, evento icônico da Reforma Psiquiátrica Brasileira/RPB (YASUI, 2010). Ali se divulga manifesto que denuncia o manicômio como mecanismo de opressão vinculado ao sistema capitalista, premissa sustentada no âmbito da Luta Antimanicomial.

A discussão avança no campo jurídico, com a proposição do projeto de Lei nº 3.657, em 1989, visando à extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por dispositivos territoriais de cuidado, dentre outros aspectos (DELGADO, 1989). Doze anos decorreram até a aprovação da Lei 10.2016/2001), com importantes alterações do projeto de lei original (BRASIL, 2001). Tal fato histórico visibiliza a intensa disputa política no campo, com representação de diferentes interesses, ganhando corpo a militância antimanicomial de usuários/as, familiares, profissionais e estudantes contra a chamada “indústria da loucura”. Mesmo antes das conquistas legislativas,

contudo, ocorreram muitas experimentações na produção de cuidado territorial, como a experiência de Santos-SP, em 1989 (YASUI, 2010).

A RBP não pode ser compreendida como simples reestruturação do modelo psiquiátrico, englobando quatro dimensões: a epistemológica (produções de saberes); a tecnoassistencial (tecnologias de cuidado e organização de serviços); a jurídico-política (direitos das pessoas com transtornos psíquicos) e a sociocultural (percepções e representações sobre a loucura). Considerar tais dimensões é fundamental para transformar as relações sociedade-loucura e os modos de cuidado (AMARANTE, 2003; YASUI, 2010). Importa reconhecer a força da mobilização antimanicomial, em seu caráter revolucionário, pela crítica a um sistema opressor, apontando-se a demanda de extrapolar o núcleo duro da psiquiatria, ainda hegemônico, dando visibilidade à complexidade de forças que atravessam o campo da produção de cuidado em saúde mental.

Machado e Lavrador (2001) alertam sobre os “desejos de manicômio”, que nos habitam e marcam subjetivamente, revelando-se em intentos e atos de domínio, opressão, subjugação e controle do outro. No campo da produção do cuidado, tais desejos se atualizam sob a forma de práticas tutelares, que negam a condição de autonomia dos sujeitos, por meio de atitude inflexível e discurso moralista, em geral sustentados no saber biomédico. Apostam, entretanto, na superação de práticas moralistas e reducionistas.

Segundo Tesser e Luz (2008), a racionalidade da biomedicina imprimiu centralidade teórico-metodológica às patologias, constituindo-as como objeto principal do agir clínico. A ação biomédica, fundamentada no diagnóstico e combate de doenças, homogeneiza os sujeitos e distancia a intervenção terapêutica do/a usuário/a e de sua história.

Yasui (2012) aponta um reposicionamento necessário na atuação clínica no âmbito da Atenção Psicossocial (AP), um paradigma de cuidado proposto: o encontro e a produção de sentidos devem se destacar no acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico. Para produção de autonomia, deve-se romper com o paradigma psiquiátrico, centrado na doença, apostando-se no diálogo, nos coletivos, na interdisciplinaridade, no cuidado em rede e no território, dado o sofrimento ser tecido na complexidade de uma existência, em dado contexto.

Os CAPS nascem como referências estratégicas, mas não exclusivas, com função de organizar o cuidado territorialmente, dispondo-se à articulação para promover protagonismo, autonomia e reabilitação psicossocial de pessoas com intenso sofrimento psíquico. Um sofrimento psíquico se gesta na relação com condições de vida, requerendo a avaliação de relações de opressão e controle em que a vida de quem sofre se desdobra. Assim, as ações de um CAPS devem se espalhar nos territórios.

Merhy (2004) aponta que os CAPS contribuem para expandir a vida de milhares de usuários, possibilitando compreensão e alívio do sofrimento, circulação na cidade, acolhimento na crise e construção de vínculos. Contudo, como dispositivo de experimentação de práticas de cuidado condizentes à complexidade das necessidades, abrigam a tensão entre práticas inovadoras e velhos hábitos e se tornam espaços de conflitos e desafios.

Cabral, Lima e Wrublewski (2017), em estudo local, apontam a existência de práticas tutelares no CAPS, demarcando a necessidade de reafirmar o agir ético de reconstrução do lugar social da loucura. Consoante a isto, Merhy (2004) destaca que apostar na lógica antimanicomial requer sobretudo experimentação, na valorização dos encontros com usuárias/os/es, o que compõe o trabalho vivo em ato, pelo reconhecimento da potência de corpos desejanter de mais produção de vida.

Estudos avaliativos de efeitos da PNSM, em territórios localizados, tem importância cabal para sustentar e fortalecer a produção do cuidado em saúde mental antimanicomial, também pelo reconhecimento de que a avaliação de políticas públicas é desafiante na gestão dos processos de trabalho. Avaliar remete à produção e acompanhamento de dados de monitoramento, e comparação com as referências relevantes à política, abarcando coletivos envolvidos no processo (BRASIL, 2017).

Conhecer práticas de cuidado na relação com as proposições políticas, reconhecendo que isto implica ultrapassar a análise de indicadores quantitativos e tomando como valor as repercussões na vida de quem usa as redes produzidas, é o desafio assumido neste estudo.

PERCURSO DE PESQUISA

Tomando como referência a Análise Microvetorial ou Multidimensional (MERHY *et al.*, 2013), que concebe a produção de cuidado como um fenômeno complexo, a proposição desta pesquisa foi colocar em conversação atores/atrizes partícipes da produção do cuidado em saúde mental, visando a compreender efeitos micropolíticos de suas ações. Considera-se que todas as leis, que instituem direitos e deveres, produzem mudanças na vida de quem delas se beneficia. A análise multidimensional considera quatro vetores avaliativos: 1. modo de surgimento das leis; 2. impacto produzido nas trajetórias existenciais de usuárias/os/es; 3. efeitos da lei produz em âmbito macropolítico e 4. impacto da lei em indicadores epidemiológicos. Este estudo enfatiza o 2º vetor, relativo a impactos da PNSM na trajetória existencial de uma usuária-guia no município de Petrolina-PE.

A ferramenta usuário-guia se caracteriza pelos encontros com um dado usuária/o/e, além de consulta a prontuários, entrevistas com profissionais, familiares e pessoas que circulam em suas redes (GOMES; MERHY, 2014). Em geral, é considerado pelas equipes como de alta complexidade, em função das crises e diversidade de práticas de cuidado acessadas. É tido como caso de pouco efeito terapêutico e difícil manejo clínico, causando incômodo às equipes. Assim, busca várias redes e gera problemas, sendo um excelente analisador de processos de trabalho.

A pesquisa foi iniciada em janeiro de 2018³, partindo do CAPS II municipal. Após inserções de reconhecimento do campo e definição de um/a usuário/a, em acordo com a equipe, um convite foi feito a uma usuária que, aceitando-o, foi tomada como guia. Em exercício cartográfico, passou a ser acompanhada em suas andanças em busca de cuidado, em trajetórias que levaram a conversas com profissionais e familiares da usuária, de junho a dezembro de 2018, com registro em diário de campo e registros em áudio, com posterior transcrição.

Barros e Passos (2009) caracterizam a cartografia como método de pesquisa-intervenção, que não se direciona no sentido tradicional de método: em vez do caminhar para alcançar metas prefixadas, enfatiza o caminhar que traça, no percurso, as metas, considerando seus efeitos sobre o pesquisador, o

³ Cumpridos os trâmites éticos, em atendimento aos parâmetros da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a aprovação está registrada sob o CAAE 67045917.5.0000.5196. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.15, n.43, p.48-70, 2023

objeto da pesquisa e os próprios resultados. Alinhando-se a esse direcionamento, apostou-se no encontro e na produção de conhecimento centrada no campo experiencial, pela compreensão de que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (LARROSA, 2015, p. 18).

Cabral e Morato (2013) apontam a narrativa como um modo de elaborar e comunicar a experiência, podendo ser acessada por meio de diversos métodos, de modo que sua utilização se insere como metodologia dos relatos orais. No estudo, tal perspectiva sustentou a colheita de depoimentos produzidos nos encontros.

A matéria-prima produzida se compôs, então, de diários cartográficos, com observações, percepções e afecções produzidas nos cenários da pesquisa, que já indicam algo de elaboração do que foi vivido em campo, além das transcrições das conversas com a usuária tomada como guia. O relacionamento com este *corpus* possibilitou condensar aspectos que se destacaram, constituindo-se eixos de compreensão, com base nos objetivos do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A usuária-guia será chamada de Cristal. Em sua busca por cuidado, articula diversos dispositivos da RAPS e da Rede de Apoio Social, além do CAPS a que se vincula. Vivencia crises frequentes e recorrentes, dentro e fora do dispositivo é percebida pela equipe como um “caso” desafiante.

3.1 Apresentando Cristal

Cristal é uma mulher de 33 anos. Trabalha como terapeuta holística e, na ocasião da pesquisa, morava com sua família. Na infância e adolescência, vivenciou diversas experiências traumáticas. No início da fase adulta, dedicou-se à espiritualidade, morando em um convento por alguns anos. Desistindo do ofício religioso, volta à cidade natal, depois decidindo morar em Petrolina-PE. O primeiro registro de Cristal no CAPS II data de 2007, destacando-se no seu prontuário a dificuldade de aderir e participar das atividades do serviço. Segundo conta, naquele período havia ocorrido sua primeira tentativa de suicídio, no contexto de alguns meses de reclusão em seu

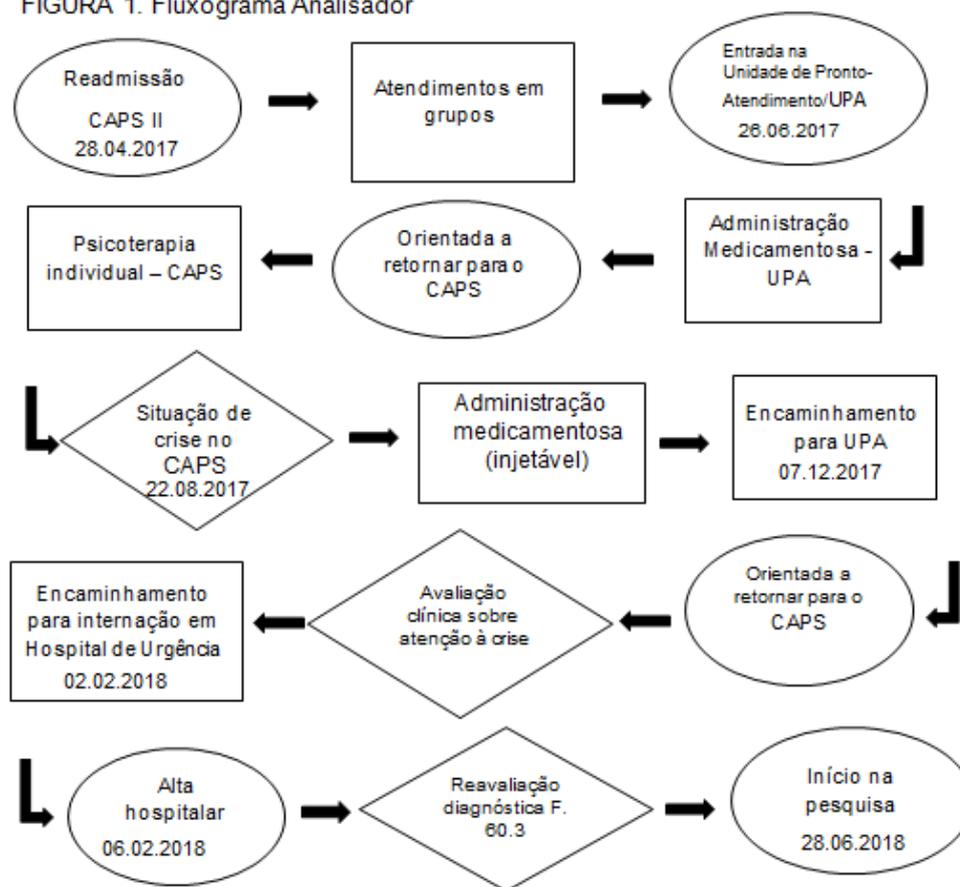
quarto, praticando atos auto lesivos e com dificuldade de comer e de tomar banho.

Entre 2008 e 2016, morou em outros municípios, de modo que não foi possível ter acesso a prontuários desse período. Relata que passou por internações em HP e em leitos integrais em hospital geral, não se recordando das datas, mas compartilhando lembranças negativas, marcadas por violação de seus direitos. Em 2014 iniciou uma graduação e enfrentou o falecimento da mãe, um agravante de seu sofrimento psíquico. Conta que interrompeu a graduação devido a episódios de preconceito e exclusão vivenciados por sua condição de sofrimento psíquico. Em 2017, passou por uma experiência traumática, articulando vários serviços da rede, retornando ao CAPS de Petrolina-PE, sendo, desde então, acompanhada pelo serviço.

3.2 Crise e produção de fluxos existenciais nas andanças pelas redes

Na Figura 1, o Fluxograma Analisador (EPS EM MOVIMENTO, 2014) representa o intenso trânsito de Cristal nas redes de cuidado, em momento anterior ao início da pesquisa. Franco (2006) aponta que a produção do cuidado acontece em rede, articulando-se na interrelação entre dispositivos, trabalhadoras/es e usuários. As redes se manifestam por agenciamentos sociais diversos, que possibilitam diferentes modos de relação e de produção de vida, nas conexões e fluxos que se vão construindo (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

FIGURA 1. Fluxograma Analisador



Legenda: Elipse – Entrada ou saída do processo de cuidado; Losango – Momento de tomada de decisão para continuidade do cuidado; Retângulo – Intervenção, ação realizada no processo de cuidado.

Em sua busca por cuidado, usuárias/os do setor Saúde podem ser tidos como nômades, ressaltando-se seu caráter protagonista na tessitura de redes, dentro e fora do SUS. Ao se deparar com barreiras nessa busca, é comum transitarem por diversos serviços, em um movimento de transinstitucionalização, que nada produz além de um nomadismo, sem criação de vínculo. Tais barreiras frequentemente são produzidas para usuárias/os em intenso sofrimento psíquico considerados como “casos difíceis” (GOMES; MERHY, 2014).

Pelo fluxograma, pode-se compreender que Cristal, ao se defrontar com barreiras no CAPS, tende a buscar outros serviços, mas por vezes é encaminhada pela própria equipe. Nos encontros com a usuária, ficou perceptível que considera a dificuldade de ser escutada como a principal barreira no serviço: *“Eu vejo que aqui a gente não é percebida quando a gente*

não tá bem. Só se, assim, a gente for lá pedir socorro, pedir ajuda; mas ninguém percebe”.

Quanto à visão dos profissionais do CAPS em relação ao seu trânsito nas redes, destaca-se um fragmento narrativo que indica o incômodo e dificuldade de compreender o movimento da usuária de modo complexo:

Desde o ano passado que a gente teve muitos processos com Cristal: quando ela veio buscar o benefício, o pessoal da Promotoria, o pessoal da UPA, o pessoal da Atenção Básica, o pessoal da clínica-escola⁴ [...] Nós vimos que quando ela se abre para muitos serviços, isso acaba fazendo com que haja um retrocesso na evolução do tratamento dela. (TURMALINA)

Gomes e Merhy (2014) apontam a importância de os profissionais se perceberem como facilitadores de acesso e redutores de barreira na produção do cuidado e enfatizam que barreira não remete a “[...] condições físicas e ou burocráticas de acesso aos serviços, mas, sobretudo, aquelas das relações e conexões afetivas, as quais dão apaziguamento no sofrimento e sentido no viver” (p. 116). Cristal, ao não se sentir escutada no serviço, recorria a outras equipes, buscando ser autenticada e acolhida em sua demanda: *“Depois dizem, fulano tentou se suicidar. Se a gente fala e ninguém acredita!”.*

Os registros do prontuário de Cristal, no CAPS, apontam inúmeras e recorrentes situações de crise vivenciadas por ela dentro do dispositivo, sendo interessante tomá-las como analisadores da produção de cuidado nos serviços utilizados. Um fato tomado como analisador permite desnaturalizar certas práticas em uma instituição, dando-lhes visibilidades (MERHY; FRANCO, 2007). Uma dessas situações é assim relatada:

Eu estava em crise, eu estava com Ametista (profissional do CAPS), então ela o chamou (referindo-se a outro profissional do serviço) e ele disse: manda pra UPA. E eu com uma crise nervosa... Não estava agitada, estava paralisada! E ele disse: manda pra UPA. [...] Eu estava com uma crise, eu estava emocionalmente abalada. Eu ia fazer o que lá na UPA?

Esse trecho permite refletir sobre a dificuldade que o serviço parece ter em realizar manejos de situações de pessoas em crise, um ponto nodal a ser discutido no âmbito da produção do cuidado na RAPS. Garcia e Costa (2014) ressaltam que os CAPS, embora sejam dispositivos substitutivos à lógica manicomial, podem reproduzir lógicas de controle nas práticas de cuidado.

⁴ Referência ao Centro de Estudos e Práticas em Psicologia/CEPPSI da Universidade Federal de Psicologia em que, dentre vários projetos, oferta psicoterapia.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.15, n.43, p.48-70, 2023

Em relação ao manejo das situações de crise em outros dispositivos da RAPS do município, de que Cristal faz uso, ela pontua:

Eu evito muito a UBS, mas vou quando eu preciso. A médica lá é muito boa. Quando eu tenho uma crise, ela aplica um Diazepam e quando aqui (referindo-se ao CAPS) tá fechado, eu vou pra UPA. É complicado, porque na UPA, parece que você é um presidiário, porque já coloca você no isolamento [...]. Nenhuma crise que eu tive foi agressiva, pelo contrário, eu fico sem falar.

Nessas narrativas, Cristal caracteriza suas crises, destacando que não fica agressiva e apenas paralisa, compreendendo o medicamento como necessário e o isolamento como negativo. Moebus (2014) aponta que os CAPS, sendo serviços de atenção à pessoa em crise, devem atentar ao modo como compreendem e apostam na intervenção em tais situações. Uma das profissionais do CAPS, referindo-se às situações de crise de Cristal, relata:

Ela é uma paciente que frequentemente passa mal. Mas, assim, acho que o melhor a gente já tá dando, que é essa questão do carinho, do conforto, do cuidado com ela. Perguntar como ela está, perguntar o que ela está sentindo, se tomou as medicações direitinho. Ela é uma paciente que toma lítio; de vez em quando aqui falta. Sempre a gente pergunta, se não tem o lítio, vamos pedir a receita. Porque a gente vê que ela é uma paciente que precisa muito das medicações (JADE).

No prontuário da usuária, aparecem diversos encaminhamentos para reavaliação por psiquiatra no CAPS e para serviços de urgência e emergência, em geral na expectativa de medicação injetável, e poucas vezes se destaca a proposição de escuta qualificada como intervenção nos momentos de crise. De modo geral, aponta-se que a intervenção objetiva suprimir a crise, considerando-a como verdade da doença, que precisa ser combatida, o que é característico do paradigma psiquiátrico clássico.

Entretanto, compreende-se que a chave para uma efetiva substituição da lógica asilar se situa na expansão dessa competência na lida em situações de crise, indo além a intervenção medicamentosa. Moebus (*op. cit.*) defende que os serviços da RAPS devem se posicionar na contramão da lógica manicomial, abrindo acesso ao acolhimento da pessoa em crise e encarando o episódio como oportunidade de inventar outros modos de acolhimento. Em sua complexidade, a crise comunica a impossibilidade de lida com um intenso sofrimento, surgindo como um pedido de auxílio, o que demanda da equipe posicionamentos mais acolhedores e criativos.

Um ponto importante é que o movimento de transinstitucionalização, comum nas trajetórias de Cristal, cessou durante o período da pesquisa, não tendo sido possível acompanhar seus périplos nas redes municipais. Colocar tal interrupção em análise provoca reflexões sobre possíveis efeitos de cuidado que o método de pesquisa possibilita. Nas palavras da usuária: *“Eu acho que a pesquisa é o único lugar que eu estou sendo escutada, porque aqui no serviço eu não estou sendo”* (CRISTAL).

Enfatiza-se o desafio para os processos de trabalho em serviços substitutivos de saúde mental: uma atuação permanentemente reinventada, em movimento de desterritorialização, de se dispor à experimentação de novos modos de produzir cuidado, escapando à burocratização e valorizando redes tecidas por usuárias/os/es. A direção seria de um cuidado centrado na trajetória existencial de quem usa o serviço, promovendo a construção de sentidos para o sofrimento constituído na vida.

3.3 O peso do diagnóstico e a vivência do estigma

Ao longo de suas andanças em busca de cuidado, Cristal foi recebendo múltiplos diagnósticos nos serviços acessados: nos registros de prontuário do CAPS II, constavam nove diferentes diagnósticos, dos quais dois eram válidos na época do estudo – F31.2 (transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco, com sintomas psicóticos) e F60.3 (transtorno de personalidade com instabilidade emocional). Foi fundamental analisar o “lugar” das classificações diagnósticas na dinâmica dos serviços substitutivos e, especialmente, os efeitos desses diagnósticos na existência de Cristal, a partir de sua compreensão, com destaque às interferências em suas relações nos espaços sociais em que transitava.

De acordo com o modelo psiquiátrico, torna-se necessário identificar as doenças e classificá-las, dado a cura da doença – ou remissão dos sintomas – ser a proposta central (AMARANTE; TORRE, 2007). No Brasil, o modelo de classificação nosológica mais comumente utilizado é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/CID-10, cujo capítulo V engloba os chamados Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 a F99), constituindo ferramenta de legitimação do saber psiquiátrico.

Cristal demonstra conhecer todas as classificações diagnósticas recebidas ao longo de sua trajetória em serviços de saúde. No que diz respeito à dinâmica do CAPS, pontua:

No CAPS a gente é... assim, a gente tem um transtorno e tem um monte de sintomas. Aí, o que eles fazem? Na terapia eles querem programar: você tem isso e isso. Aí programa a sua cabeça todinha, diz o que a gente tem [...]. Então, a partir daí eu tenho que conviver com esse transtorno e tentar fazer uma coisa diferente, mas sabendo que eu tenho todas essas limitações. Em um ano, eu já recebi dois diagnósticos, de bipolar e de borderline (CRISTAL)

O movimento de RPB se contrapõe à perspectiva disciplinadora da patologização, contudo, o sistema e as políticas de SM adequaram-se aos modelos tradicionais de avaliação psiquiátrica (AMARANTE; TORRE, 2007). Esta perspectiva continua sendo hegemonicamente utilizada nos serviços, refletindo-se na predominância do uso do recurso medicamentoso. Sobre como percebe os efeitos do diagnóstico, a usuária relata: *“É como se rotulassem a gente. Eu não sou mais Cristal, eu sou a bipolar ou a border. A gente perde o nome, a gente perde nossa essência e vira o transtorno [...] A gente não é o transtorno”*.

Na história de Cristal, é plausível traçar um paralelo entre os diagnósticos, a vivência de um processo de estigmatização – comum a usuárias/os/es de serviços da RAPS – e as barreiras encontradas no cotidiano em função disso. Como indica Salles (2011), o cotidiano dessas pessoas é perpassado por vivências de rejeição. A atribuição do diagnóstico de transtorno mental produz estigma, alicerçado nas ideias de incapacidade e periculosidade atribuídas à condição de loucura.

Nesse sentido, a produção de cuidado nos serviços substitutivos precisa incorporar a diretriz de desmontagem de estigmas e preconceitos, como assumido no processo de RP, em sua dimensão sociocultural. Promover espaços para experimentações nessa direção deve compor projetos de cuidado. Amarante e Torre (2007) atentam para o princípio basagliano de “pôr a doença em parênteses”, enfatizando o cuidado ao sujeito em sua experiência de sofrimento. Ir além da doença possibilita uma ruptura com o poder do saber psiquiátrico, como versão única do cuidado, aproximando-se das histórias de vida e das necessidades concretas de pessoas em sofrimento psíquico. O foco é, portanto, a existência que sofre.

Outro ponto percebido no acompanhamento de Cristal foi que seu itinerário terapêutico no CAPS não estava atrelado à construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ela frequentava o serviço durante a semana para participar de grupos, atendimento psicológico e buscar sua medicação, sem uma articulação e avaliação sistemática dos efeitos dessas ofertas.

A elaboração de PTS deve incluir a pessoa na construção de estratégias, sendo incorporada como uma das ferramentas utilizadas pelas equipes de CAPS (CARVALHO et al., 2014). O PTS possibilita uma sistematização do cuidado, compartilhado entre usuário e equipe, que parte da compreensão do sujeito em sua complexidade. Resulta do diálogo e de acordos entre ofertas e demandas, possibilitando o aumento do grau de autonomia do sujeito e a corresponsabilização do cuidado (BRASIL, 2010).

Considera-se, assim, que seria imprescindível a construção de um projeto de cuidado singularizado a Cristal, que valorizasse e ampliasse seus movimentos de criação de outras conexões em seus processos existenciais e outros modos de fazer a vida andar. Para tanto, importa ousar e extrapolar a referência exclusiva – e quase totalitária – de diagnósticos como ponto de partida da oferta de cuidado. Tratar-se-ia de uma produção de cuidado, necessariamente singularizado, que ultrapassa a mera referência diagnóstica, percebida por Cristal como algo que lhe tolhe, lhe comprime, que apequena o que ela pode.

3.4 Movimento de abertura como acontecimento e produção de vida desejante

Mesmo marcada por tantas crises, Cristal fez várias conexões em seu trânsito pela vida, que talvez revele sua tentativa de se expandir, de encontrar outras miradas para si. Nos outros espaços que ocupava, não costumava se apresentar como usuária de serviços de SM pois refere que, quando bancava fazê-lo, costumava vivenciar alguma atitude de preconceito ou exclusão. No exercício cartográfico da pesquisa, foi possível acompanhá-la a alguns espaços informais de cuidado, que compunham suas redes.

Merhy et al. (2014) apontam que embora o MS compreenda rede como um conceito que comporta solidez, controle e ordenamento lógico, as/os/es próprias/os/es usuárias/os/es são redes vivas: produzem conexões, compartilhando saberes e cuidados. Assim, a rede não está dada *a priori*, vai se tecendo a partir do nomadismo de usuárias/os.

Questionada sobre sua rede de cuidado, Cristal destaca alguns familiares, o CAPS, a Unidade Básica de Saúde, espaços religiosos e o Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão do Submédio São Francisco (Numans). A relação da usuária com a espiritualidade e com a Luta Antimanicomial são pontos em seus traçados de vida que indicam um movimento de alargamento existencial, que pode ser compreendido como produção de cuidado.

Em 2017, Cristal se aproximou do Numans, movimento social de Luta Antimanicomial do Vale do São Francisco, construído por usuárias/os/es, professoras/es, estudantes e trabalhadoras/es do campo da saúde.

Aberto e democrático, por condição e princípio, o Numans reconhece o caráter complexo e a condição enigmática do que se chama loucura, questionando e extrapolando sua redução a categorias diagnósticas ou a qualquer definição que tolha a multiplicidade do humano. Sem que isso represente contradição – mas tão somente um instigante paradoxo –, busca também contribuir para a consolidação e expansão da rede de cuidados às pessoas que manifestam intenso sofrimento psíquico nesta região do sertão nordestino (CABRAL *et al.*, 2013, p. 94).

A usuária participou da organização do 8º Fórum de Mobilização Antimanicomial (FMA), ocorrido em 2018, tendo sido cerimonialista do evento, representando o segmento de usuárias/os/es. O FMA é organizado pelo Numans, com apoio da Univasf e em articulação com diversos atores que compõem as RAPS locais e outros movimentos sociais. É um fórum que privilegia as discussões sobre RP e Luta Antimanicomial, de caráter formativo/político, aberto e plural, inter e transdisciplinar, contando com participação de estudantes, usuárias/os/es, familiares, trabalhadoras/es e gestoras/es das RAPS e de outros setores das políticas públicas da região.

A abertura em participar do Numans possibilitou que Cristal se reconhecesse enquanto usuária e militante em defesa da RP antimanicomial. Desde então, frequenta reuniões do movimento e ocupa espaços de luta representando usuárias/os/es, tendo isto se tornado fonte de sustentação do papel de militante da RP e de enfrentamento do estigma da loucura. Paulatinamente passou, inclusive, a se assumir como usuária do CAPS nos espaços em que circulava, parecendo ultrapassar o próprio estigma.

Por outro lado, frequentar o Numans tornou-se fonte de tensões no CAPS. Sobre isso, relata:

As reuniões do Numans são muito boas pra mim. Eu fiquei só com medo na vez que fui chamada por Turmalina (profissional do CAPS) junto com Safira. Medo de me sentir intimidada a não mais participar. Ela estava querendo saber o que eu estava fazendo lá. Por que quer saber? A reunião é aberta... Por que não vai? Eu acho que isso aí é pra dizer “Estou de olho em você”. Quebra um pouco a tua liberdade (CRISTAL).

A atuação nos CAPS requer ampliação das práticas de cuidado, reconhecendo a aproximação entre clínica e política, mas indo além, valorizando trocas no plano da micropolítica, problematizando direitos e possibilitando maiores graus de autonomia. Incentivar autonomia implica valorizar a experiência dos usuários, da sua rede de apoio e negociar saberes (EMERICH, ONOCKO CAMPOS, PASSOS, 2014).

Teve um tempo que eu, enquanto profissional, fiquei muito feliz, que foi no final do ano passado, que foi uma evolução muito grande [...]. A gente tem trabalhado, dela se colocar nas situações. E aí teve essa melhora que foi visível! Mas aí teve outro processo que foi mais ou menos em maio, junho que a gente viu uma recaída, várias crises, eu sinto que ela ficou sobrecarregada com o Fórum. (AMETISTA).

A narrativa revela um discurso contraditório: a profissional indica satisfação, pois a usuária vinha conseguindo se posicionar, mas compreende a construção e participação no FMA como fonte de adoecimento. Em registros de prontuário, constam episódios de crise no final de 2017. No início de 2018, o CAPS encaminhou Cristal para internação em Hospital Geral, devido à avaliação de alto risco de suicídio. Considera-se pertinente analisar a situação a partir de uma dificuldade de trabalhar com o fortalecimento do protagonismo da usuária. A partir dos moldes do trabalho clínico, ainda muito centrado no saber biomédico, tal fortalecimento não parece ser efetivamente valorizado no cotidiano dos serviços substitutivos.

Outro importante movimento de abertura foi a inserção da usuária em um terreiro de Umbanda, em que retomou a vivência da sua espiritualidade, sem se deparar com as barreiras geradas pelo estigma das tentativas de suicídio. Isto viabilizou a produção de muitos sentidos para seu sofrimento:

É uma coisa que não posso falar no CAPS. Selenita (profissional do CAPS) é evangélica. Nem pra Ametista (profissional do CAPS) eu disse nada. Só disse que estava tendo uma experiência religiosa positiva e que estava me fazendo muito bem e eu não falei o que era e onde era. Mas eu estou frequentando a casa de Umbanda e eu estou muito bem. É um lugar em que o acolhimento é muito bonito [...]. Eles estão tendo um cuidado muito grande comigo (CRISTAL).

O fato de Cristal não se sentir confortável para partilhar sua experiência religiosa no CAPS constitui importante analisador. Os modos de existir que usuárias/os/es instituem para si são por vezes julgados e controlados pela equipe de saúde, de um ponto de vista moral. Contudo, ainda que estes modos de existências produzam tensões e problemas, são expressões que precisam ser respeitadas (MERHY et al, 2014) e trabalhadas no âmbito dos projetos de cuidado.

3.5 Trabalho, musicalidade e autonomia: interferências mútuas entre cuidar do outro e cuidar de si

A usuária havia iniciado o trabalho como terapeuta holística há mais ou menos 17 anos e, ao longo da vida, aprendeu a tocar 13 instrumentos, de modo que terapias holísticas e música eram recursos fortemente presentes nos espaços que percorria, destacando-se o CAPS, os espaços religiosos que frequentara e um projeto social, em que ensinava um grupo de crianças vítimas de violência a tocar instrumentos. A música e as terapias holísticas atuam como uma via de socialização, mas, principalmente, de oferta de cuidado.

Assim, foi importante compreender sua relação com o trabalho, no sentido de identificar possíveis interferências da função de cuidadora em seu próprio processo de cuidado e a visibilidade dessa função no CAPS que frequentava.

Sempre me chama atenção a resistência de Cristal em falar do seu trabalho [...]. Tenho tentado compreender como ela se percebe no papel de cuidadora e me parece que ela não tem essa percepção e que os profissionais do CAPS dão pouca visibilidade à importância desse papel no seu processo de cuidado. Por outro lado, lembro que possuir um diagnóstico psiquiátrico implica na incapacidade de trabalhar. O diagnóstico anula o direito ao trabalho, sendo esta uma temática pouco explorada no CAPS (Trecho de diário cartográfico).

A relação trabalho e processo terapêutico é invisibilizada. Assim como o sintoma psiquiátrico mascara outras demandas clínicas, o direito ao benefício por adoecimento psíquico exclui o direito ao trabalho. Reforçar tais práticas contribui com a perpetuação do estigma da loucura e possibilita que os serviços continuem assumindo o lugar de controle (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS; PASSOS, 2014). Ao não permitirem que a usuária se corresponsabilizasse por seu processo de cuidado, os profissionais impossibilitavam que Cristal compartilhasse suas experiências de cuidadora, incorporando-as a seu plano de cuidado.

Acerca do contexto do CAPS, o prontuário de Cristal registra seu apoio na condução de alguns atendimentos em grupo, tocando e cantando, e promoção de duas oficinas de automassagem. Sob a perspectiva dos profissionais, revelou-se uma tensão em torno disso:

Quando a gente deu essa autonomia dela ajudar diretamente nas conduções do grupo, a gente estava do lado dela, pra ela um ponto importante, que era tocando. A gente percebeu que no primeiro momento isso foi ótimo, mas no segundo momento, ela se sentiu cobrada e aí vem uma recaída, digamos assim (TURMALINA).

Nessa direção, cabe refletir sobre o sentido de autonomia – é algo meramente concedido ou negado? Saraceno (2016) discute o poder de contratualidade como dimensão fundamental a ser trabalhada no âmbito da Reabilitação Psicossocial. Silva (2007) destaca como frequentes as cenas de negociação no cotidiano dos serviços, afirmando que usuária/o/e não é um/a coitada/o/e, a quem se deve apresentar recursos disponíveis, mas um/a cidadã/o, que pode responder por si, fazendo uso das tecnologias da instituição, mas também de suas ferramentas, de suas próprias redes. Cristal dispõe de recursos que poderiam ser valorizados na produção de seu cuidado no serviço, tanto em seu projeto quanto na oferta de oficinas de música ou de Práticas Integrativas e Complementares.

A possibilidade de a usuária ofertar oficinas no serviço, além de contribuir com o fortalecimento de protagonismo das/os/es usuárias/os/es, colocaria em debate a discussão sobre vínculo entre usuárias/os/es, aspecto destacado em sua narrativa:

Aqui (referindo-se ao CAPS) eu me sinto protegida, porque eu sei que uns cuidam dos outros, nós usuários. Nem é tanto a questão do profissional, porque às vezes o profissional não percebe. Mas o usuário já sabe, vai percebendo mais ou menos quando é uma crise [...]. A gente já percebe, então tem isso, esse cuidado entre a gente. (CRISTAL)

O vínculo estabelecido entre Cristal e demais usuárias/os do CAPS, com quem ela participa das atividades grupais, identificando-se com as histórias de vida e de enfrentamento de vivências comuns, revela-se um fator importante nos seus processos de cuidado e vinculação ao CAPS. Avalia-se que tal potência da experiência de ajuda mútua entre pares – e até à própria equipe – é pouco explorada no âmbito da produção de cuidado nos serviços substitutivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo que foi produzido nos encontros com Cristal, avalia-se que os serviços substitutivos integrantes da RAPS precisam ampliar a capacidade de acolhimento a pessoas em situações de crise. A diversificação das ofertas terapêuticas poderia minimizar o peso do diagnóstico e seus efeitos, particularmente pelo estigma produzido, algo possível a partir de uma ruptura com a centralidade das intervenções medicamentosas, que dizem da persistente hegemonia do saber biomédico nas organizações sociais do mundo contemporâneo ocidental.

A singularização dos projetos de cuidado revelou-se uma demanda fundamental, devendo-se atentar à possibilidade de inserção de recursos próprios de usuárias/as/es em sua construção e operacionalização, com investimento no fortalecimento de seu protagonismo. Uma produção de cuidado que valoriza a corresponsabilidade, guiando-se pelo exercício permanente de modos democráticos, ainda que desafiante, é basal para a operação do cuidado em liberdade preconizado no movimento de RP antimanicomial.

Apesar de se deparar com barreiras nos serviços da RAPS, a usuária revelou produzir conexões em sua busca por cuidado que precisariam ser valorizadas. Seu movimento de abertura se direcionou a um alargamento existencial, capaz de produzir vida, em redes formais e informais, de modo que valorizar seus périplos na avaliação do cuidado ofertado se revelou ferramenta fértil. O trânsito de Cristal na cidade – e na vida – foi ampliado no encontro com um serviço de base territorial, como um cais, embora tenham sido identificadas barreiras, que devem ser tomadas para análise.

A necessidade de investimento em processos formativos permanentes as/os trabalhadoras/es surgiu como um ponto nodal. A Educação Permanente em Saúde (EPS), perfilada no contexto dos processos de trabalho, destacando a realidade mutável, alinhando a política ao processo formativo, gerando autoanálise, mudanças institucionais e/ou de práticas e experimentações (CECCIM, 2005), pode se constituir uma ferramenta de revigoração das práticas de cuidado na RAPS, em especial nos CAPS, que precisam espriar suas ações nos territórios. Os CAPS não podem se tornar “serviços crônicos”;

a eles compete, antes, ampliar ofertas de cuidado, turbinando-se em uma clínica peripatética (LANCETTI, 2007).

Assim, os CAPS devem romper com a burocratização, funcionando em conexão com as necessidades concretas de usuárias/os/es e aproximação com os diversos dispositivos territoriais. Projetos de cuidado centralizados em um único serviço não abrange nem reflete a complexidade existencial das pessoas, sendo necessários outros estudos que valorizem a perspectiva de usuárias/os de saúde mental.

Mesmo sem pretensão de generalização dos resultados, por não se apostar em “(...) uma verdade que dê conta de todos os fenômenos” (CABRAL; MORATO, 2013), o modo de pesquisar experimentando produz interferências que extrapolaram o objetivo da pesquisa, como o efeito terapêutico que os encontros em campo produziram. Foram disparados movimentos de visibilidades e dizibilidades, reveladores da potência do encontro, da escuta, do cuidado em liberdade, tendo as indicações da usuária guiado à potência da aposta no protagonismo de usuárias/os/es, fundamento da própria RP, cuja sustentação demanda abertura e exercício democrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: SCLIAR, M. et al.; AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora NAU, p. 45-65, 2003.

AMARANTE, P.; TORRE, E. Avaliação em Saúde Mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO, R. et al. (orgs). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos** – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: cartilha da Política Nacional de Humanização - caderno de textos**. São Paulo; Ministério da Saúde; 2 ed; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica de nº 11 de 04 de Fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Institui a Política Nacional de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. VIII Gerência Regional de Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde – 2017. **Guia de Monitoramento e Avaliação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial** – 1 Ed. – Petrolina: VIII Gerência Regional de Saúde, 2017.

BARROS, R.; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, Sulina, p. 17-31, 2009.

CABRAL, B. et al. De como o Sertão do Submédio São Francisco ganhou um núcleo de mobilização antimanicomial: da história aos desafios atuais. **Extramuros**, Petrolina-PE, v. 1, n. 1, p. 81-96, 2013.

CABRAL, B.E.B.; LIMA, G.; WRUBLEWSKI, G. Sobre as dimensões ético-política e experiencial na formação de psicólogos como profissionais de saúde. In: CABRAL, B. et al. (Orgs); **Práticas psicológicas em instituições: clínica, saúde e educação**. Curitiba: CRV, p. 149-162, 2017.

CABRAL, B.E.B.; MORATO, H. A questão de pesquisa como bússola: Notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial. In: BARRETO, C.; MORATO, H.; CALDAS, M. **Práticas psicológicas na perspectiva fenomenológica**. Curitiba: Juruá, p. 159-181 2013.

CARVALHO, L.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações**. Mundo da Saúde, São Paulo, 2012.

CECCIM, R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

GOMES, M.; MERHY, E. O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um município do Rio de Janeiro. In: GOMES, M. et al. (Org.) **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Editora Rede UNIDA, 2014.

DELGADO, P. **Projeto de Lei nº 3.657/89**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

EMERICH, B.; CAMPOS, R.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, 2014.

EPS EM MOVIMENTO. **Refletindo sobre ferramentas analisadoras**. 2014. FRANCO, T. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-Abrasco, 2006.

GARCIA, A.; COSTA, H. A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 399-408, 2014.

GUIMARÃES, T.; ROSA, L. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**- Ano XXII, n. 44, p. 111-138, 2019.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: LARROSA, J. **Tremores**: escritos sobre experiência, p. 15-34, 2015.

MACHADO, L.; LAVRADOR, M. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, L.; LAVRADOR, M.; BARROS, M. (Orgs.). **Texturas da Psicologia**: Subjetividade e Política no Contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 45 -58, 2001.

MERHY, Emerson et al; **Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

MERHY, E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M.F.L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T.B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, v 52, p, 153-164, 2014.

MOEBUS, R. Crise: um conceito constitutivo para saúde mental. In: GOMES, M. et al. (Org.) **Pesquisadores In-Mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Editora Rede UNIDA, 2014.

QUINDERE, P.; JORGE, M.; FRANCO, T. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

SARACENO, B. Reabilitação social: uma estratégia para a passagem do milênio in: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, p. 19-26, 2016.

TESSER, C.; LUZ, M.. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.
Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.