

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO SEMIÁRIDO NORDESTINO: A PRODUÇÃO DO CUIDADO A PARTIR DE ENCONTROS COM USUÁRIOS-GUIA

Psychiatric Reform in the Northeastern semiarid region: care production based on encounters with guide-users

Barbara Cabral ¹

Gabriela da Silva Barros ²

Milena Vitor Gama Duarte ³

Lorena Silva Marques ⁴

Brenda de Oliveira Pessôa ⁵

Renata Guerda de Araújo Santos ⁶

Thâmara Agnes da Silva Santos ⁷

Artigo encaminhado: 21/04/2021

Artigo aceito para publicação: 24/04/2022

RESUMO: O relato parte de pesquisa voltada à análise microvetorial do impacto da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em um município do sertão pernambucano e destaca compreensões produzidas pelo foco nos efeitos nas trajetórias existenciais de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. Em cenário de retrocessos neste campo, assume-se que avaliar efeitos da PNSM nas vidas de quem usa a rede é via fecunda e necessária. Como experimentação cartográfica, o método se sustentou na valorização dos encontros com diversos atores, promovidos a partir da definição de cinco usuários/as tomados/as como guia, em dois CAPS municipais. Assume-se que a presença em campo produz efeitos, como condição da pesquisa, incluindo ruídos e interferências no próprio objeto – a produção de cuidado. Delinearam-se três Trilhas Interpretativas, que comunicam aspectos avaliativos em torno deste objeto: I. As tensões da produção de autonomia no cuidado territorial,

¹ Docente do Colegiado de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco/Univasf. barbara.cabral@univasf.edu.br

² Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Residente em Saúde Mental (UNIVASF). gabrielasbarros7@gmail.com

³ Psicóloga pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e residente em Saúde Mental pela UNIVASF. milnavgduarte@gmail.com

⁴ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPgPsi/UFRN). lorenasmargqs@gmail.com

⁵ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco, UNIVASF. brenda.p.psicologia@gmail.com

⁶ Doutoranda em Pessoa e Sociedade no Mundo Contemporâneo/Universidade Autônoma de Barcelona. guerdapisial@gmail.com

⁷ Especialista em Saúde Mental no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIVASF. thamaraagnesss@gmail.com

indicando a potência do cuidado em liberdade, ainda que atravessada por disputas entre lógicas de atenção no âmbito da transição paradigmática produzida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira; II. Desafios à reinvenção da clínica e processos de trabalho, destacando os deslocamentos necessários para a produção de cuidado na referência da Atenção Psicossocial e do Paradigma de Redução de Danos e III. Redes vivas e territorialização do cuidado, enfatizando a fertilidade da aproximação com o território como lugar de vida e o reconhecimento dessas redes para a produção do cuidado. Destacou-se a importância da inventividade, traduzida em ações que extrapolam muros e borram fronteiras, tidas como propulsoras de ampliação da vida.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Território Sociocultural.

ABSTRACT: The report is based on a research directed to a microvectorial analysis of the impact of the National Mental Health Policy (PNSM) in a city in the Pernambuco backlands, highlighting the effects on the existential trajectories of users of the Psychosocial Care Network (RAPS). In a scenario of setbacks in this field, assessing the effects of PNSM on the lives of those who use the system is assumed to be a fruitful route. As a cartographic experiment, the method was based on the valorization of encounters with different actors, promoted from the definition of five users taken as a guide, in two municipal CAPS. Presence in the field is assumed to produce effects, including interference in the object itself – the care production. Three Interpretative Trails were outlined, communicating evaluative aspects: I. The tensions of the autonomy production in territorial care, indicating the power of caring in freedom, even though crossed by disputes between logics of care within the scope of the paradigmatic transition produced by the Brazilian Psychiatric Reform; II. Challenges to the reinvention of the clinic and work processes, highlighting the displacements necessary for the care production in the reference of Psychosocial Care and the Harm Reduction Paradigm and III. Living networks and territorialization of care, emphasizing the fertility of approaching “territory” as a place of life and the recognition of these networks for the care production. The importance of inventiveness was highlighted, translated into actions that go beyond walls and blur borders, considered to be life-extending.

Keywords: Mental Health Assistance. Unified Health System. Sociocultural Territory.

1 INTRODUÇÃO

Este texto brota das experiências produzidas na execução da pesquisa inaugural do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde do Sertão do Submédio São Francisco, voltada à análise microvetorial do impacto da Política

Nacional de Saúde Mental (PNSM) em um município do sertão pernambucano. O Observatório sertanejo integra uma rede nacional de Observatórios de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, em parceria interinstitucional (MERHY, 2013a).

A criação da rede visou atender a desafios relacionados à avaliação de políticas públicas, fundamentando-se em concepções que ultrapassam o acompanhamento de objetivos e metas, para a proposição de modos de avaliação que considerem diversas dimensões, destacando a conversação entre os diversos atores como um elemento central na produção de análise.

Tal análise microvetorial – ou multidimensional – toma normativas construídas pelo Poder Executivo para investigação, partindo dos seguintes pressupostos: 1. as leis provocam múltiplos efeitos, em conformidade ou divergência ao planejado, funcionando como dispositivos, na perspectiva foucaultiana, e, assim, mobilizando diversos atores na produção de falas e ações; 2. impactam a trajetória existencial de usuários/as do sistema e, por fim, 3. pressupõem efeitos macropolíticos globais sobre o objeto da política e, em alguns casos, um impacto quantitativo, que pode ser aferido por indicadores e metas (MERHY, 2013a, p.6 et seq).

Integrada a esta rede, realizou-se um braço da pesquisa nacional “Rede de Avaliação Compartilhada/RAC - *Avalia quem pede, quem faz, quem usa*”, em 2015 e 2016, focando a produção de cuidado na Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do São Francisco/Rede PEBA (RODRIGUES *et al.*, 2016), o que abriu caminho para experimentações locais desse tipo de pesquisa.

A pesquisa inaugural do Observatório sertanejo tomou, para análise, a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e a Portaria 3088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (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).

Compreende-se como necessário ampliar análises dos efeitos da PNSM, instituída no seio do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), nos diversos cenários do país, considerando suas vastas dimensões e

peculiaridades regionais. Assim, a perspectiva é visibilizar alguns fios sertanejos na diversa trama da produção de cuidado a pessoas em situação de intenso sofrimento psíquico.

Lima (2019) destaca que a RPB nasceu pela ação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em fins dos anos 70 do século XX, fortalecendo-se na articulação com o Movimento da Luta Antimanicomial. A RPB operou uma ruptura com a racionalidade de cuidado psiquiátrica, amparada na racionalidade biomédica, tendo sido o delineamento de uma PNSM a principal conquista. A transição paradigmática está em curso e as disputas envolvidas na RPB se revelam em cada uma das suas dimensões: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural (AMARANTE, 2003; YASUI, 2010).

A Luta Antimanicomial cumpriu função crucial para a transformação dos modos de cuidado, com protagonismo de usuários/as e familiares na denúncia do caráter violento das instituições psiquiátricas e na defesa dos direitos de cidadania de pessoas com problemas psíquicos. O lema assumido – Por uma sociedade sem manicômios – revela a compreensão da complexidade do campo da produção de cuidados em Saúde Mental em sua íntima relação com marcadores sociais, o que pode ser identificado no Manifesto de Bauru (1987) e na Carta dos 30 Anos de Bauru (2017).

São inúmeras as evidências, práticas e científicas, de que o projeto de cuidado da RPB, territorializado e inclusivo é uma aposta que dá certo. O cuidado no território é o solo do paradigma da Atenção Psicossocial (AP), que surge em contraponto ao paradigma psiquiátrico (YASUI, op. cit.). Cuidar do sujeito que sofre, em seu território existencial, é premissa que requer o questionamento crítico de uma suposta realidade própria de uma dada classificação diagnóstica.

A AP convoca a uma expansão do exercício clínico, contemplando uma reinvenção das práticas terapêuticas, pelo reconhecimento da singularidade de cada caso e de novos *settings* no âmbito territorial. Inspirado na proposição basagliana de “pôr a doença entre parênteses”, Amarante (2003) se refere à necessidade de colocar a clínica entre parênteses, por sua referência hegemônica ao construto “doença”.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem papel estratégico nesse processo, definidos como responsáveis pelo cuidado direto a usuários/as e familiares e organizadores da rede territorial de cuidado. Instituir outros modos de cuidar está em disputa, de modo que, *pari passu* com os avanços, apresentam-se desafios. Lancetti (2016) aponta o risco de os CAPS assumirem uma lógica tecnocrática e burocrática, ao não se aproximarem do território e da vida ali tecida, empobrecendo suas estratégias de ação e dando margem à centralização do cuidado na racionalidade psiquiátrica.

Ataques à PNSM vêm sendo analisados em um panorama de retomada de uma onda política de viés conservador no país (LIMA, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019). Para Guimarães e Rosa (2019), os avanços das diversas políticas, programas e estratégias para o campo parecem pouco sólidas, pois são ameaçadas por uma conjuntura política de desinvestimento no SUS, traduzido na insuficiência numérica e infraestrutural da RAPS.

Um contundente ataque foi a aprovação da Portaria 3588, no final do ano de 2017, sem diálogo com atores da RPB. Dentre os retrocessos da portaria, destacam-se a reintrodução do hospital psiquiátrico e a valorização da lógica ambulatorial na RAPS. A Nota Técnica 11/2019 - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas, emitida pelo Ministério da Saúde (MS) em fevereiro de 2019, causou ampla reação entre defensores da PNSM. Uma nota de avaliação crítica, assinada por vários pesquisadores/as, destaca a dissociação entre a política de saúde mental e a de álcool e outras drogas assumida pelo MS, realçando o abandono da lógica de Redução de Danos (RD) e a sua articulação com os interesses de comunidades terapêuticas (CT), cujo modelo assistencial respalda-se na abstinência total e isolamento.

Assume-se que avaliar efeitos da PNSM nas vidas dos atores envolvidos, em especial, quem usa o sistema, é via fecunda, partindo-se da compreensão de que quem usa deve avaliar, abrindo-se ao exercício de reconhecer repercussões que nem sempre são mensuráveis. Centrando lentes em um cenário municipal, o estudo engravidou o sentido de rede, partindo da noção de redes vivas que, em suas multiplicidades, fazem a existência girar, implicando conexões existenciais, agenciando encontros, atualizando relações de poder no campo do agir em saúde (MERHY *et al.*, 2014).

2 OBJETIVOS E PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo sobre efeitos da PNSM em uma cidade do sertão pernambucano abordou duas dimensões: a lei como dispositivo (vetor 1) e seus efeitos nas trajetórias existenciais de usuários do sistema (vetor 2). Contudo, o texto enfatiza aspectos avaliativos a partir do vetor 2.

Tendo como objeto a produção do cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/SMAPS, buscou-se: identificar a intencionalidade de agentes diversos que se movem no jogo social dessa produção; analisar efeitos micropolíticos do impacto dessa produção no contexto da RAPS e compreender as interferências da PNSM no cenário local.

O método se sustentou na valorização dos encontros tecidos nas andanças promovidas, com reconhecimento da implicação das pesquisadoras. Daí o exercício apreciativo das repercussões dos passos dados como constituinte da matéria-prima produzida e tomada para análise. Trata-se de uma “cartografia como modo da experiência do pesquisador in-mundo” (ABRAHÃO *et al* 2014, p. 160), em que a relação sujeito-objeto se repositona, dado o sujeito-pesquisador se reconhecer no mundo, produzindo conhecimento nos encontros promovidos. Desmonta-se, então, a distinção modelar entre sujeito que pesquisa e objeto pesquisado.

Caracteriza-se como pesquisa-interferência, considerando que deslocamentos e ruídos são produzidos a partir dos encontros (GOMES; MERHY, 2014), sendo axial recolher repercussões da presença em campo. Tudo o que porventura seja tido como natural ou visto como condição apriorística sofre efeitos dos deslocamentos que a imersão cartográfica, no modo *in-mundo*, produz (ABRAHÃO *et al.*, 2014). Pesquisar cartograficamente produz efeitos no próprio objeto que se busca conhecer, sendo condição da própria pesquisa, enquanto acontece, o que implica outra compreensão de resultados.

A análise multidimensional tem amplo espectro de possibilidades de objetos de estudo, desde discursos manifestos e ações concretas a planos e programas de trabalho, com metas e objetivos declarados; assume, assim, alto grau de amplitude, sendo possível recorrer a diversas ferramentas, da

epidemiologia tradicional até a análise da micropolítica do trabalho e análise das trajetórias nômades dos usuários (MERHY et al, 2014).

O foco nos impactos das leis nas trajetórias existenciais de usuários transporta o interesse na produção do cuidado, cujo caráter é complexo, apostando-se ser necessário e fértil abordá-la pela conversação entre diversos olhares e perspectivas. O cuidado constitui a alma dos serviços de saúde (MERHY, 2002), de forma que o estudo dos diversos olhares envolvidos em sua produção pode se tecer pela análise de diversas dimensões, que captam aspectos singulares, de múltiplos pontos de vista.

Na construção de uma análise multidimensional está implicada a proposição de considerar as dimensões em seus efeitos micropolíticos, dado se compreender que as ações de cada ator/atriz repercutem nos demais, sejam gestores/as, trabalhadores/as diretamente envolvidos/as no cuidado e/ou usuários/as (MERHY, 2013a), devendo-se inserir, ainda, as pesquisadoras.

Partiu-se da compreensão de que, a partir das leis definidas no campo da PNSM, a busca do acesso ao cuidado por usuários/as das RAPS foi agilizada, melhorada e simplificada, o que pode se manifestar pelo acompanhamento de suas trajetórias existenciais. A ferramenta usuário-guia (EPS EM MOVIMENTO, 2014) foi fundamental à atitude cartográfica experimentada. Ela remete aos encontros com um/a determinado/a usuário/a da rede de atenção em foco, visando compreender como sua existência se contorna a partir do cuidado acessado. Usuários/as definidos/as como guia são caracterizados/as como aqueles/as que percorrem os serviços de atenção à saúde para atender suas necessidades, mobilizando intensamente – ou não – os recursos disponíveis (EPS EM MOVIMENTO, 2014; GOMES; MERHY, *op cit*).

Os acontecimentos com tais usuários/as, envolvendo o processo de trabalho dos profissionais e eventos rotineiros de atenção, serviram como analisadores do funcionamento da RAPS. Tendo como referência um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental no Rio de Janeiro (GOMES *et al*, 2014), os/as usuários/as-guia desta pesquisa foram definidos/as em conversas com as coordenações e equipes de dois CAPS municipais, recorrendo-se à indicação de pessoas que desafiavam ou incomodavam as equipes, ou seja, casos considerados de manejo terapêutico complexo.

Tendo sido contactados/as e aceitado o convite, foram, então, acompanhados cinco usuários/as-guias: Cristal, vinculada ao CAPS II, e Santiago, Paula, André e Rebeca, ao Caps AD III⁸. André e Rebeca possuíam a experiência de internação em CT em seu percurso terapêutico e, Cristal e Santiago, em hospitais psiquiátricos/HP. Suas trajetórias existenciais foram acompanhadas no período de maio a dezembro de 2018, procurando-se identificar facilidades e barreiras de acesso a pontos de atenção da RAPS municipal, que conta também com CAPS infanto-juvenil, equipe de consultório da rua, Unidades de Acolhimento (uma infanto-juvenil e outra para adultos) e uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA).

Nesse processo, recorreu-se à colheita de narrativas: atos narrativos em formas diversas – depoimentos, relatos, histórias de vida – “(...) que não se deixam aprisionar por estes conteúdos comunicados, entretanto, podem revelar-se por e através deles, como experiência viva” (CABRAL, MORATO, 2013, p. 170). Partindo da íntima relação entre narrativa e elaboração de experiência, o termo colheita remete à produção entre sujeitos, portanto, ato relacional, no contexto dos encontros. A pesquisa possibilitou abrir vias à experimentação de narrativas produzidas a partir dos encontros com profissionais e familiares de suas redes, pontos de suas conexões existenciais. Das variadas conversas e encontros, algumas foram gravadas em áudio, após autorização.

Incorporou-se a escrita de diário cartográfico, registrando-se não apenas as percepções, mas, sobretudo, as afecções das pesquisadoras, como via de produção de sentido. É, assim, instrumento indispensável ao pesquisador-cartógrafo, *in-mundo*, que se (pre)ocupa com o que se produz na relação com um campo de pesquisa, deslocando a ênfase dos produtos para os efeitos.

A produção de compreensões já se iniciou, assim, nos próprios encontros, tendo sua gestação no processo de pesquisar, em ato, registradas também nos diários. Contudo, a análise não se restringiu ao que foi produzido nesses encontros, continuando-se e ganhando tónus nas transcrições dos depoimentos, nas suas (re)leituras e nas reflexões sobre a matéria-prima fora do campo. Assim, foi possível engendrar compreensões que se articularam em

⁸Todos os aspectos éticos foram respeitados (CAAE: 67045917.5.0000.5196, número do parecer: 2.480.652).

Trilhas Interpretativas, apresentadas como dispositivos analíticos dos efeitos da PNSM nas trajetórias existenciais dos usuários/as.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram delineadas três Trilhas Interpretativas, na perspectiva de comunicar o que se teceu de avaliação da produção do cuidado na RAPS municipal a partir dos encontros com usuários/as-guia, as quais são apresentadas abaixo.

3.1. Trilha 1 – *As tensões da produção de autonomia no cuidado territorial*

Nesta primeira trilha, reflete-se sobre a produção de cuidado no âmbito da AP, enfatizando a produção de autonomia dos/as usuários/as, em oposição a práticas manicomiais. A fertilidade dos CAPS se evidencia pelas apostas no cuidado em liberdade, na direção de superar o modelo sustentado no controle. As narrativas produzidas revelam a magnitude das experimentações de uma produção de cuidado inventiva, porosa, apontando oportunidades de avaliação da atenção produzida.

André, referindo-se à sua experiência em uma CT, ressalta como as práticas de produção de cuidado deste serviço se distanciam das demandas de usuários/as. A CT propõe um modelo padronizado de intervenção, objetivando alcançar a abstinência total de drogas durante um período específico: *“Não, nove meses é o tempo que tinha que ficar lá, mas só que eu só passei uns quatro meses. Não estava mais gostando de lá, não, porque é preso”*. Rebeca, destacando sua experiência, faz um relato semelhante: *“(…) você não é protagonista de sua história, outras pessoas tão ditando regras o tempo todo pra você cumprir e isso me chateia”*.

Partindo de suas experiências, André e Rebeca movimentam uma discussão sobre a aposta na AP, que visa ampliar a produção de autonomia das pessoas, em contraposição a um manejo terapêutico guiado pelo controle. Compreende-se, com Lancetti (2015), que a atitude de reprimir, sob a justificativa do cuidado, está destinada ao fracasso, conforme observado no relato de Rebeca sobre sua vivência em uma CT:

Eu fui porque queria me curar, mas é uma forma de prisão. Era um conforto pra minha família saber que eu tava lá [...] Só que lá eu tinha outros sofrimentos, que não era em relação à bebida. Eu tinha

sofrimentos internos, sofrimentos de convivência, falta de liberdade, falta de afeto da minha família. (Rebeca, usuária-guia).

Sobre sua experiência em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Santiago frisa: *“Vi pessoas sendo enforcadas, pessoas matando umas as outras. Vi pessoas comendo fezes, entendeu? Dentro de uma cela sem nada, dormindo na muriçoca, sujo. Uma coisa horrível, horrível mesmo!”*. Esse relato permite compreender, criticamente, o HP como instituição de violência. Basaglia (2010) aponta os HP como instituições fundamentadas em uma divisão de papéis, “entre quem dispõe e quem não dispõe do poder, de onde se pode deduzir que a subdivisão dos papéis representa a relação de abuso e violência entre poder e não-poder” (p. 93), o que se transforma na exclusão de quem não detém o poder.

Compreendendo o HCTP, o HP e a CT como instituições baseadas em relações autoritárias, marcadas pela violência e exclusão, importa destacar que trabalhadores/as dos serviços da RAPS, em seu caráter territorial, precisam atentar à não-reprodução desse modelo. Implementar outra lógica de cuidado implica, necessariamente, a superação do modelo asilar e o investimento ético e político no processo de consolidação da AP (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Marcos legais, como a Lei n. 10.216/2001 e a Portaria 3088/2013, foram conquistas da mobilização social em defesa de um cuidado no território e, segundo Bezerra *et al* (2017), possibilitaram um deslocamento essencial das práticas centradas na lógica e instituição hospitalar, colocando a pessoa em sofrimento psíquico no centro do ato de cuidar, o que demanda conhecer seus modos de viver.

Em relação ao HP, Cristal destaca:

[...] é totalmente desumano. Me davam de 4 a 5 injeções de uma vez só. Quando vai pra lá, parece que as pessoas não enxergam como gente. É como se a gente não tivesse utilidade, não tivesse sentimento. É terrível! (Cristal, usuária-guia).

Os/as usuários/as-guia relatam experiências estigmatizantes em HP, sendo curioso perceber como esse estigma parece ter se transposto ao CAPS. Rebeca destaca:

[...] eu sofri muito preconceito. As pessoas que sabiam que eu fazia tratamento no CAPS começavam a me olhar de forma diferente” e pelo seu amigo: “[...] aqui no CAPS teve muita gente que diz que aqui é pra

doído, pra traficante, ladrão, bandido; mas não! É pra quem é dependente, que sofre! (Rebeca, usuária-guia).

Rotelli (2015) discute o “internamento psicológico”, ao referir práticas que rotulam e reduzem a pessoa ao seu diagnóstico. Lancetti (2016) sintoniza com essa crítica, realçando a importância de o manejo terapêutico não reproduzir essa visão limitadora acerca das pessoas em sofrimento:

A sociedade quer agrupar as pessoas em drogados, aidéticos, esses ou aqueles, porque parece que fica mais fácil colocar cada um num grupo [...] isso é uma pretensa organização social [...] Nós não temos que agrupar pessoas, temos que desagrupar e ir ao encontro delas; deixar essas pessoas falarem, ouvir essas pessoas, para que elas digam o que é que funciona melhor (LANCETTI, p. 74, 2016).

Ao enfatizar a proposição basagliana de pôr a doença entre parênteses, Amarante (2007) indica que, por tal via, sujeitos, antes invisíveis e neutralizados pela redução diagnóstica, são considerados em “(...) suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios” (p. 69).

Na AP, propõe-se investir na relação com pessoas que demandam cuidado em sua materialidade existencial, atentando aos modos como ela faz – ou não – andar a vida. Yasui (2010) realça a perspectiva de um cuidado constituído como “atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento com o outro” (YASUI, *op cit*, p. 120). O outro é um sujeito, complexo, e não mero objeto de intervenção. O autor indica que cuidar implica a montagem de projetos de vida, em uma relação entre sujeito que sofre e profissional que cuida, redimensionada a partir da ruptura epistemológica com uma racionalidade médica centrada na doença.

Mesmo com os ataques sofrido pela RPB nos últimos anos, as narrativas sinalizam a necessidade de investir no cuidado em liberdade e territorial:

“Eu me sinto muito bem no CAPS. Eu falo todos os defeitos, mas aqui me faz muito bem (...) Eu fico até ansiosa para chegar o dia, o horário de vir.” (Cristal, usuária-guia) e *“[...] aqui está funcionando. Sabe por que funciona? Porque aqui não é uma prisão. Você sai a hora que você quiser, você entra a hora que você quiser, você fica se você quiser.”* (Santiago, usuário-guia).

Nesta direção, as estratégias de cuidado construídas por trabalhadores/as precisam se relacionar diretamente com a produção de autonomia e singularização de usuários/as (YASUI, *op. cit.*).

Saraceno (2001) propõe a compreensão de Reabilitação Psicossocial na relação com o investimento na ampliação do poder de contratualidade de usuários/as nos cenários da vida e destaca a importância de que projetos terapêuticos se vinculem a espaços de trocas, de negociação e de produção de autonomia. A RPB requer “manter uma atenção ético-técnica constante” (SARACENO, 2001, p.18) diante dos desafios no cotidiano das práticas de cuidado. Eis um caminho potente para a consolidação da AP.

3.2. Trilha 2 – Desafios à reinvenção da clínica e processos de trabalho

Nesta trilha, aprofunda-se a discussão iniciada anteriormente, considerando que tensões na produção do cuidado territorial podem resvalar para a burocratização e protocolização das práticas, como marcas da herança do modelo manicomial. Tal modo de funcionamento reforça uma organização de processos de trabalho centrada em fenômenos patológicos, produzindo mais barreiras do que acessos.

Sendo os CAPS os principais instrumentos da implementação da PNSM (YASUI, 2010), devem atuar para transformar e produzir novas intervenções. O trabalho é desafiador, pois marcado por tensões entre as novas práticas e o velho modelo manicomial (MERHY, 2013b). Não é fácil operar a ruptura com a racionalidade psiquiátrica, compreendendo pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos complexos e não simples “doentes”.

Tal complexidade requer um campo teórico transdisciplinar, estratégias de intervenções múltiplas e equipes multidisciplinares, dispostas a produzir articulações com recursos territoriais, visando construir novos lugares sociais para loucura (YASUI, 2010). Os encontros com usuários-guias apontaram potências e tensões, que configuram desafios à reinvenção da produção de cuidado e da clínica, incluindo seus processos de trabalho. Em relação à produção de cuidado nos CAPS, duas usuárias relatam:

Uma das vezes eu tava fazendo uso aqui nessa pracinha aqui da esquina; aí uma farmacêutica daqui me viu, com o vigia, aí foram lá, me trouxeram pra cá, me colocaram no quarto pra descansar, entraram em contato com minha família. Assim, quando alguém me

via em situação de risco, me tirava, tentava me tirar... o pessoal do CAPS [...] tentava me preservar (Rebeca, usuária-guia).

Transtorno de humor eu até posso ter, mas transtorno de personalidade eu não me vejo com isso; mas, mesmo assim, eles vão treinando, eles querem afirmar que você tem aquilo. Tanto que na terapia, já veio gente com livro (DSM), explicando sobre a questão do borderline pra me provar que eu tenho aquilo (Cristal, usuária-guia).

Estes trechos exemplificam tensões entre novas práticas e velhas lógicas. Tomar apenas o diagnóstico psiquiátrico como guia do acompanhamento é um reducionismo. O cuidado, enquanto conceito-ferramenta que opera sobre a realidade para produzir mudanças, refere-se a um posicionamento comprometido com o encontro com o outro (YASUI, 2010).

No contexto de produção de cuidado a usuáries/as de drogas importa pensar em outras especificidades. Os CAPS AD têm por finalidade cuidar de pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias, sob a lógica da RD (BRASIL, 2011). A clínica da RD aponta a necessidade da complexificação do olhar em relação ao fenômeno do uso de drogas, devendo ser consideradas as diferentes modalidades de uso, a diversidade presente entre os sujeitos e as culturas em que estas práticas se realizam (SILVEIRA; RODRIGUES, 2013).

Os efeitos singulares do uso de uma substância são atravessados pelo contexto sociocultural em que o consumo ocorre (CORRÊA, 2010; NERY, 2012), que se compõe pelo meio físico, social e cultural, enunciando-se enquanto "*setting*" em que se dá o uso da droga (ZINBERG, 1984). Nesse sentido, destaca-se a importância de haver, na produção de cuidado, um diálogo com a realidade das pessoas, em seu cotidiano, nos espaços em que suas vidas acontecem. Rebeca indica a importância dessas dimensões no seu processo de cuidado ao se referir à lógica da RD:

Me ajudou bastante, então, assim... se eu bebia um latão ou dois por dias, eu comecei a beber um, comecei a ir trocando a bebida por cerveja ou a cachaça por um vinho [...]. Quando eu vou fazer uso, eu faço uso quando eu tô feliz, quando eu tô me sentindo bem; se eu tiver angustiada ou triste, eu não faço uso; ou com raiva, eu não faço uso, eu prefiro o atendimento psicológico, porque aí me alivia e eu fico de boa (Rebeca, usuária-guia).

Em contraposição às diversas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo, que possibilitam o exercício cada vez mais refinado de

poder sobre a vida pela medicina, a RD propõe olhar para a singularidade dos sujeitos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Assim, valoriza o protagonismo, contrapondo-se à medicalização por meio da promoção da autonomia e emancipação de indivíduos e grupos (GOMES; DALLA VECCHIA, 2018).

Destaca-se que o fenômeno da medicalização se refere à forma como a medicina se apropria de questões de ordem social, econômica ou política, transformando-as em questões de ordem médica, desdobrando-se, como um efeito, a utilização de medicamentos mediante a patologização (AMARANTE, 2007). A fala de André, ao destacar a centralidade do diagnóstico e do medicamento em seus processos de cuidado, ilustra esse processo:

Oxê... eu tava tomando remédio e a ansiedade aumentando, ficando impaciente. (...) Onze anos de remédio, minha filha. Eu fiquei agora sem tomar remédio e analisando. Parece até que tá sendo melhor, porque os remédios dão muitos efeitos colaterais. A pessoa fica com uma fisionomia de doente, fica grogue. Você sabe, né? O que é grogue, né? A pessoa fica grogue (André, usuário-guia).

Os muitos desafios a serem superados podem se justificar pelo processo de transição paradigmática vivida na RPB (YASUI, *op. cit.*), sendo fundamental avaliá-los criticamente, inclusive pelo desfinanciamento do SUS e da SMAPS. Os processos de trabalho nos CAPS ainda se centram no diagnóstico e em intervenções prescritivas, geralmente, medicamentosa; as ofertas transformam-se em reprodução de técnicas biomédica-centradas, burocratizando o serviço. Assim, podem configurar espaços em que a doença se sobrepõe à complexidade da existência (YASUI, 2010).

Acerca das ofertas terapêuticas e do cotidiano dos serviços, os/as usuários/as relatam:

O grupo tem muita gente, pra uma pessoa só conduzir fica... Poderia ter outras atividades. Tem muita coisa que pode ser feita para melhorar o conteúdo do grupo, eu prefiro falar, mas tem gente que quer dançar. Por isso, é bom escutar outras pessoas (Cristal, usuária-guia).

Precisaria que à tarde tivesse alguma coisa para fazer, entendeu?! Porque se o CAPS é 24h e vai até às 17h para a gente sair; então, devia ter uma atividade para quem pudesse ficar aqui pela tarde; no caso, como eu: não tenho trabalho, não tenho para onde ir, moro na rua, então seria bem melhor porque evitaria usar drogas. Toda tarde, não tem nada (Santiago, usuária-guia).

A pouca disponibilidade de ofertas pode indicar uma burocratização do serviço. Lancetti (2016) destaca que um dos grandes desafios é superar a centralização em si mesmo, no saber psiquiátrico, superar a busca pela adaptação dos sujeitos às especialidades dos/as profissionais e a pouca abertura para o território. Esse processo de cronificação se opõe à aposta na produção de autonomia e olhar complexificado que a AP e a RD propõem.

Yasui (2010) afirma que os valores que guiam a construção da produção do cuidado na lógica da AP se tecem nos encontros e nas ações realizadas, sendo no cotidiano que acontece sua permanente invenção. Para além das questões estruturais, ainda que extremamente importantes, faz-se necessário manter vivo o caráter instituinte das conquistas nas práticas e relações cotidianas, de modo a produzir práticas de liberdade que possibilitem a contínua reinvenção da produção de cuidado na direção sustentada pela AP.

3.3 Trilha 3 – Redes vivas e territorialização do cuidado

Esta trilha conduz a reflexões sobre a produção do cuidado na interface com o território, compreendido como espaço relacional e, assim, marcado pelo dinamismo da permanente produção e negociação de sentidos. Tal compreensão de território se alinha com a definição de Santos (2006), delimitada a partir da categoria analítica “território usado”: ultrapassa um território em si, abrangendo “o chão mais a identidade”, entendida como “o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence” (p. 14); território é o fundamento do trabalho e o lugar do exercício da vida.

Os movimentos de produção do cuidado ocorrem em territórios vivos, cabendo a valorização da perspectiva das redes vivas (MERHY *et al.*, 2014). Em outras palavras, os desafios para tecer cuidado se apresentam na relação entre pessoas, que são redes vivas, em suas múltiplas conexões, evidenciando fluxos existenciais. Produzir cuidado localiza-se politicamente no entrecruzamento de redes existenciais, em caminhos que se encontram e se bifurcam, em territórios movediços, onde se produzem histórias, memórias, afetos, performances, corpos.

Assim, a produção do cuidado em SMAPS implica reconhecer essas redes vivas, configurando-se como um trabalho vivo, em ato (MERHY, 2013), porque dependente de tecnologias relacionais e dos agenciamentos

promovidos pelos encontros entre os diversos atores em jogo. Essa dimensão viva desaloja e convoca à negociação de outros sentidos, revelando-se na narrativa abaixo:

Uma das coisas que Santiago me ensinou é essa coisa da potência da vida, nas ruas mesmo, né?! De como as pessoas se reinventam, né?! Porque, por exemplo, quando eu soube que eu vinha para o Consultório na Rua, eu fui “pixiii” para os livros e comecei a ler um monte de coisa, ler portaria, ler manual, ler política, ler um monte de coisa aí sobre a clínica na rua e tal [...] Sempre muito com o foco no que falta, na vulnerabilidade, na rua, o que não tem, o que não dá. Não que isso não exista, porque isso tá evidente, gritante o tempo todo; mas, assim, eu acho que a gente só consegue fazer um trabalho realmente com a rua, uma clínica com a rua, pelo menos, pra mim, só foi possível me aproximar disso quando eu comecei a reconhecer que a rua não é só o lugar do que falta, das vulnerabilidades, mas o lugar também de produção de vida, né?! (Profissional da equipe do Consultório na Rua)

Pensar em modos de existir na rua, para além do registro “do que falta”, é vislumbrar a potência da(s) rede(s) em seus buracos, alinhando pontos e tecendo caminhos. Importa compreender a potência da produção de vida nas relações: os/as profissionais de saúde, metidos no jogo social da produção do cuidado, são invadidos pelos “sinais que vêm da rua”, sendo tomados por afecções diversas (MERHY *et al*, *op. cit.*).

Reconhecer as multiplicidades das redes vivas requer a inscrição de práticas no corpo da cidade, tomado como lugar de infinitas trocas sociais (AMARANTE; TORRE, 2018), redefinindo-se compreensões como a de risco e potência. Rebeca revela a alegria por sua participação na caravana sertaneja rumo ao “Encontro de Bauru 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”, em 2017:

Assim, me senti importante, me senti útil, porque quando a gente entra numa situação de CAPS, de depressão, de rejeição da sociedade... Quando acontece uma coisa dessa, a gente se sente autônomo, se sente importante no processo de melhora. Então, assim, pra mim foi muito importante, eu participei lá das oficinas e... contribuí. Então, assim, eu senti que eu ainda tenho valor, entendeu? (Rebeca, usuária-guia).

Ela própria pôde desenhar outras rotas de cuidado pela experiência vivida. Os lugares de in(ter)venção, extrapolando os muros institucionais, é a

cidade, e além. Sustentar essa ampliação dos espaços terapêuticos constitui um desafio aos CAPS:

Antigamente era assim... Piquenique no parque! Não sei o motivo de ter parado. Levava o café pra lá. Jogava bola dentro das arenas de esporte e dançava; tinha música, tinha lanche. Isso ia até 10h, 10h30 da manhã. Era legal! [...] Quem está tentando parar de fumar, fazer exercício físico, tomar banho de bica, jogar vôlei (Santiago, usuário-guia).

A abertura dos CAPS para o território é apontada pelos/as usuários/as como fundamental. Isto se afina com a perspectiva de turbinar sua atuação (LANCETTI, 2016): retomar seu sentido original de atender de portas abertas, considerar ações propostas na relação com a Atenção Básica, socializar conhecimento, entretecer saberes.

Negociações na produção do cuidado devem se sustentar no imperativo ético de refletir sobre e enfrentar o estigma, nos diversos contextos relacionais. Santiago indica algumas linhas, por ele desenhadas na vida, em busca de cuidado:

Uso o Consultório na Rua (CnaRua), adoro o CnaRua [...] Quando elas vêm aqui (CAPS) ou quando a gente se encontra por aí, no Centro POP, outro local... O Centro POP também é legal. [...] Na verdade, eu não uso muito o Centro POP, tá ligado?! Eu vou mais lá pela turma que tá lá, meus amigos que estão lá, entendeu?! Que são pessoas que também moram na rua, entendeu?! Então sempre que eu quero, eu vou lá, bato, pego na mão “e aéirmao?!”. Troco uma ideia com um, tá ligado?! (Santiago, usuário-guia).

Sendo redes vivas, usuários/as desenhavam as linhas de suas vidas. Reconhecer essas itinerâncias é ferramenta potente de cuidado. Paula, usuária-guia, conhecida por seu tom d(e) voz marcante e atitude em geral agressiva, criava resistência entre profissionais e usuários/as no CAPS AD III. Incomodava. Desalojava. Desafiava. Apenas o redutor de danos do serviço “dava conta”. A partir da definição de construção de um projeto terapêutico singular (PTS), instituíram-se redes de conversação, em que as relações começaram a se reposicionar, permitindo novos olhares e, assim, outras ações de cuidado. Finaliza-se a trilha, indicando-se que:

O PTS é um organizador do cuidado que inclui a família, a biografia, o território geográfico onde a pessoa habita, os recursos desse território e – o que é mais difícil de considerar – o território existencial do usuário e seu contexto. E, por fim, a potencialidade do sujeito individual e coletivo em questão (LANCETTI, 2015, p. 122).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo marca um posicionamento: a importância de autenticar as narrativas de usuários/as tomados como guias na avaliação da produção do cuidado, para redirecionamento que se mostrarem pertinentes. Tal atitude em pesquisa demanda reconhecer o valor de experimentações, ousadas e inovações na produção de cuidado em SMAPS, situando-se muito além da captura por uma racionalidade centrada na doença.

Espera-se que as compreensões produzidas repercutam, provoquem outros estudos, novas reflexões, experimentações no cotidiano das práticas. Em geral, os encontros com os/as usuários/as conduziram à importância da inventividade, traduzida em ações que extrapolam muros e borram fronteiras.

A RAPS privilegia o território como *locus* de cuidado, com respaldo na Lei 10.216/2001. Os recursos territoriais precisam ser explorados e fortalecidos em sua potência de gerar movimento nas vidas de quem usa os seus pontos de atenção. Os CAPS, em sua função ordenadora da produção do cuidado em rede, não podem se furtar a uma atuação mais arrojada, ultrapassando a reprodução de um paradigma biomédico, cuja crítica abriu caminho para sua implantação. Obviamente, isso requer articulação em rede(s), em que se revela a dimensão ativadora do conceito-ferramenta: redes vivas.

Compreender o HP como instituição a ser superada, por seu simbolismo de morte, violação de direitos e exclusão, constituiu premissa inegociável, devendo-se, por ato de justiça, reconhecer a força da mobilização social da Luta Antimanicomial na construção de caminhos para efetivar a RPB. É importante retomar que o HP não foi contemplado no desenho inicial da RAPS (Portaria 3088/2011). Tratava-se de um posicionamento ético, político e estético da perspectiva de cuidado defendida. Quando da imposição da Portaria 3588/2017, que reinveste no HP na rede, já abundavam evidências da fertilidade do cuidado territorial e em liberdade.

Seguir na direção de consolidação da produção de cuidado no âmbito da AP demanda um investimento em políticas públicas, incluindo implantação de

serviços, contratação e formação de equipes de composição multidisciplinar, políticas para a Educação Permanente, Controle Social e, de modo geral, ações para o fortalecimento da democracia. Nas RAPS, um ponto nevrálgico é a ampliação de dispositivos para atenção às pessoas em situação de crise, destacando-se recursos como CAPS com funcionamento 24 horas e leitos de atenção integral em hospitais gerais.

As trilhas produzidas indicaram a importância de reconhecer a tensão entre as históricas práticas manicomial e suas diversas estratégias – iatrogênicas, eugenistas e racistas – e o cuidado em SMAPS. Cabe buscar saídas para não se dobrar à velha lógica manicomial, que segue viva e vigilante, na sustentação de práticas que se propõem à ousadia do cuidado vivo, produzido em ato, propulsor de vida. Tal perspectiva valoriza a imprevisibilidade dos encontros, operando estratégias de atenção pelo reconhecimento das contradições, jogos de poderes, desejo de controle como parte do processo, dispondo-se a dar o pulo do gato.

Tal pulo só parece mesmo possível no contexto dos encontros. Superar as contradições e sustentar o paradoxo na produção do cuidado parece um horizonte potente para o fortalecimento das RAPS, o que demanda um posicionamento crítico aos movimentos de retomada da velha política, sob a insígnia de uma “nova política”, orquestrada pelo MS com respaldo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

A produção de cuidado requer um reconhecimento do recrudescimento e atualização das marcas coloniais no país, requisitando compreensões fincadas na interseccionalidade (DAVIS, 2016). Sofrimento psíquico informa relações de opressão social, sendo fundamental reconhecer a raça enquanto categoria que estrutura o campo da atenção em saúde mental no Brasil.

As narrativas dos/as usuários/as tomados/as como guias reafirmam que o campo da produção de cuidado, em sua intencionalidade de produção de mais potência nas existências, só é possível em liberdade, valorizando-se o trânsito na vida e nos territórios. A produção de cuidado em sintonia com a perspectiva de uma Atenção Psicossocial se forja como resposta ao imperativo ético de superação da lógica manicomial e precisa se sustentar em ato.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Ed.). *Pesquisadores in-mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Editora Rede Unida, p. 155-170, 2014.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em: SCLIAR, Moacyr *et al.*; AMARANTE, Paulo (coord.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Engº Paulo de Frontin, RJ: Nau, 2003, p.45-65.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev. Adm.Pública*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra *et al.* O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 659-668, 2017. ISSN 2175-5361.

BASAGLIA, Franco. As instituições de violência. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 91-132, 2010.

BRASIL. Presidência da República. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: MS, 2017.

BASAGLIA, Franco. As instituições de violência. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 91-132, 2010.

CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra; MORATO, Henriette Tognetti Penha. A questão de pesquisa como bússola: notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial. In: BARRETO, Carmen Lúcia Brito Tavares; MORATO, Henriette Tognetti Penha; CALDAS, Marcus Tulio. *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica*. Curitiba: Juruá, 2013, p. 159-181.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

CORRÊA, Guilherme. Drogas para além do bem e do mal. In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (org.) *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, p. 167-76, 2010.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe* [recurso eletrônico] /DAVIS, Angela.; tradução Heci CANDIANI, R. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2016.

EPS EM MOVIMENTO. *Usuário guia*. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>. Acesso em: 11 abril 2017.

GAUDENZI, Paula. ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias. O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um município do Rio de Janeiro. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira et al. *Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

GOMES, Maria Paula Cerqueira et al. *Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

GOMES, Thaísa Borges.; DALLA VECCHIA, Marcelo. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, v. 23, n.7, p.2327-2338, 2018.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. 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, Antonio. *Clínica peripatética*. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290101, 2019.

MERHY, Emerson Elias. *Proposta de criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação*. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPq, 2013a.

MERHY, Emerson Elias. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. (Orgs.). *Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, p. 213-225, 2013b.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 52, p. 153-164, 2014.

NERY FILHO, Antonio. Introdução: Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, Antonio et al. *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, p. 11-22, 2012.

RODRIGUES et al. Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco: potencial instituinte para a produção de redes vivas. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz et. al. (org.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, p. 236-250, 2016.

ROTELLI, Franco. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da (Orgs.). *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 37-50, 2015.

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. In: SANTOS, Milton et al. *Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial* - 3ª ed. - Impresso. Editora: Lamparina, p. 13-21, 2006.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 13-18, 2011.

SILVEIRA, Geisabel Lima; RODRIGUES, Luzania Barreto. O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro-BA. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 2, n. 1, 2013.

YASUI, Silvio. *Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZINBERG, Norman E. *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*. Yale: Yale University Press, 1984.