

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Maria Aline Gomes Barboza

Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e as redes sociais dos usuários:
estudo de caso em um município mineiro

Belo Horizonte
2018

Maria Aline Gomes Barboza

Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e as redes sociais dos usuários:
estudo de caso em um município mineiro

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social
Linha de pesquisa: Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação

Orientadora: Dra. Izabel C. Friche Passos

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais
2018

150 Barboza, Maria Aline Gomes.
B239r Rede de atenção psicossocial em saúde mental e as redes
2018 sociais dos usuários [manuscrito] : estudo de caso em um
município mineiro / Maria Aline Gomes Barboza. - 2018.
172 f.
Orientadora: Izabel Christina Friche Passos.
Coorientador: Dimitri Fazito de Almeida Rezende.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Redes
de relações sociais - Teses. I. Passos, Izabel Christina Friche.
II. Rezende, Dimitri Fazito de Almeida. III. Universidade
Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



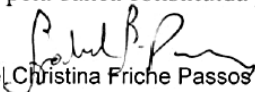
FOLHA DE APROVAÇÃO

Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e as redes sociais dos usuários: estudo de caso em um município mineiro

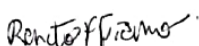
MARIA ALINE GOMES BARBOZA


Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 30 de agosto de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador
UFMG


Prof(a). Prof. Dimitri Fazito de Almeida Rezende
UFMG


Prof(a). RENATO FERREIRA FRANCO
PREFEITURA MUNICIPAL DE B. H.


Prof(a). Luciana Assis Costa
UFMG


Prof(a). Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Universidade Federal da Bahia


Prof(a). Regina Celi Fonseca Ribeiro
UFMG

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2018.

A rede é feita por pessoas, né?
(Coordenadora da Associação Loucos por Você, entrevista de pesquisa, 2016)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar a interrelação entre a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (RAPS) e as redes sociais de usuários da saúde mental no processo de inserção social desses usuários, a partir do estudo da rede de saúde mental do município de Ipatinga, Minas Gerais. Na análise dessa interrelação foram considerados os objetivos institucionais da RAPS que a colocam, no discurso oficial, como operadora da desinstitucionalização psiquiátrica, da construção de novas formas de sociabilidade e de contratualidade social. Buscou-se responder como a inserção do usuário na RAPS pode contribuir para aumentar sua capacidade de construir ou reconstruir redes sociais de apoio. Como meio e produto desta pesquisa, buscou-se ainda analisar concepções de território e redes sociais em sua centralidade para as teorias que propõem o modo psicossocial da atenção em saúde mental. Sem desconsiderar os atravessamentos institucionais e pessoais existentes no contexto de produção de dados, o percurso metodológico desta pesquisa pautou-se por uma abordagem interdisciplinar que integra métodos de inspiração etnográfica, cartográfica e da Análise de Redes Sociais. A interrelação entre a RAPS e as redes sociais no processo de inserção social de seus usuários mostrou-se, neste estudo de caso, complexa e problemática, apesar de ser muito desejada pelos atores envolvidos na Atenção Psicossocial em Saúde Mental. Os principais impasses observados relacionam-se ao modelo de oferta assistencial do Programa Municipal de Saúde Mental, cujos processos de trabalho privilegiam pouco a lógica interdisciplinar e a integralidade do cuidado em saúde. Soma-se a isto a forte cultura local de valorização do saber especializado e da prática liberal em saúde, principalmente da psicologia, o que favorece pouca permeabilidade da rede institucional à diversificação das práticas coletivas e participativas. Estratégias de educação permanente, aprimoramento da gestão do trabalho dos serviços já existentes e a criação de novos dispositivos são apontados como saídas para tais impasses. Na interrelação da rede institucional com as redes sociais dos usuários, destaca-se o câmbio de ações esperadas para cada uma destas redes, considerando que vínculos familiares, de amizade, de vizinhança, religiosos e do cuidado em saúde possuem funções específicas no processo de inserção social dos usuários. Entretanto, avalia-se que a potencialidade da interrelação entre as redes é ainda pouco explorada no processo de inserção social dos usuários da RAPS.

Palavras-chave: Rede de atenção psicossocial; Saúde mental; Redes sociais; Inserção social.

ABSTRACT

This research aims to analyze the interplay between the Network of Psychosocial Attention in Mental Health (RAPS) and the social networks of mental health users in the process of social insertion of these users, based on the study of the mental health network of the municipality of Ipatinga / MG. In the analysis of this interrelation, the institutional objectives of the RAPS were considered, which put it in the official discourse as the operator of psychiatric deinstitutionalization, the construction of new forms of sociability and social contractuality. It was tried to answer to what extent the insertion of the user in the RAPS can contribute, or not, to increase its capacity of constructing or reconstructing social networks of support. As a means and product of this research, we have also sought to analyze conceptions of territory and social networks in their centrality to theories that propose the psychosocial way of attention in mental health. Without disregarding the institutional and personal interferences in the data production context of this research, the methodological course was based on an interdisciplinary approach that integrates methods of ethnographic, cartographic and Social Network Analysis. The interrelation between RAPS and social networks in the process of social insertion of its users has proved to be complex and problematic in this case study, despite being highly desired by the actors involved in Psychosocial Care in Mental Health. The main impasses observed are related to the assistance model of the Municipal Mental Health Program, whose work processes give little priority to the interdisciplinary logic and the integrality of health care. Added to this is the strong local culture of valuing specialized knowledge and liberal practice in health, especially psychology, which favors little permeability of the institutional network to the diversification of collective and participatory practices. Strategies of permanent education, improvement of the work management of existing services and the creation of new devices are pointed out as outputs to such impasses. In the interrelationship of the institutional network with the users' social networks, the exchange of expected actions for each of these networks stands out, considering that family, friendship, neighborhood, religious and health care ties have specific functions in the insertion process of users. However, it is assessed that the interrelation between networks is still not very powerful in the process of social insertion of RAPS users.

Keywords: Network of psychosocial attention; Mental health; Social networks; Social insertion.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CLIPS	Clínica Psicossocial
CR	Consultório na Rua
NASF	Núcleo Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Programa de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TRSM	Técnico de Referência em Saúde Mental
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Introdução.....	10
1 Atenção Psicossocial, território e redes sociais em Saúde Mental	19
1.1 Atenção Psicossocial e inserção social	19
1.2 Território	25
1.3 Redes Sociais	32
1.4 Território e redes sociais	41
2 Metodologia	45
3 O Programa de Saúde Mental do município de Ipatinga/MG e as (im)possibilidades do trabalho com as redes sociais dos usuários	54
3.1 A Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental do município de Ipatinga/MG ..	56
3.2 O contexto de entrada em campo e as pistas da interação entre os componentes da RAPS.....	62
3.3 Aspectos da organização, funcionamento e interação das equipes no processo de inserção do usuário na RAPS	66
3.3.1 <i>O acolhimento em saúde mental na Atenção Básica de Saúde.....</i>	<i>67</i>
3.3.2 <i>O acolhimento no CLIPS</i>	<i>75</i>
3.3.3 <i>A interação da RAPS com o território e as redes sociais</i>	<i>79</i>
3.3.4 <i>Atividades coletivas, geração de renda e inserção social</i>	<i>83</i>
3.4 Rotas de fuga para o possível.....	93
4 Redes sociais de usuários do Programa de Saúde Mental do município de Ipatinga/MG	98
4.1 Percurso metodológico.....	99
4.2 Dados gerais das redes sociais dos usuários entrevistados	110
4.3 Breve relato de cada caso.....	116
4.3.1 <i>Nivaldo.....</i>	<i>116</i>
4.3.2 <i>Mariana</i>	<i>118</i>
4.3.3 <i>Lila</i>	<i>120</i>
4.3.4 <i>Juliano</i>	<i>122</i>
4.3.5 <i>Alessandro</i>	<i>124</i>
4.3.6 <i>Dora.....</i>	<i>126</i>
4.3.7 <i>Geise</i>	<i>127</i>

4.3.8 Iara	129
4.3.9 Arnaldo	131
4.3.10 Flávia	132
4.3.11 Elza	134
4.3.12 Heleno	136
4.3.13 Meire	137
4.3.14 João	139
4.4 Nós das redes	140
Considerações finais	144
Referências	151
Apêndice A	163
Apêndice B	164
Apêndice C	165
Apêndice D	167
Apêndice E	168
Anexo A	169

Introdução

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar a interrelação entre a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (RAPS) e as redes sociais de usuários da saúde mental no processo de inserção social desses usuários, a partir do estudo da rede de saúde mental do município de Ipatinga, em Minas Gerais. Busquei responder como a inserção do usuário na RAPS e os benefícios recebidos desta rede podem contribuir para a ampliação de sua capacidade de construir ou reconstruir redes sociais de apoio em sua interrelação com o processo de inserção social no contexto da RAPS. Como meio e produto desta pesquisa, busquei ainda analisar concepções de território e redes sociais em sua centralidade para as teorias que propõem o modo psicossocial da atenção em saúde mental.

Considero que o modo psicossocial de atenção em saúde mental apresenta como principal tecnologia de cuidado e inserção social a construção e reconstrução de vínculos sociais através de alianças feitas entre trabalhadores, usuários e redes sociais presentes nos territórios. A proposta de uma atenção em saúde mental que vise à desinstitucionalização psiquiátrica deve integrar, em seu movimento ético-político, a garantia de direitos de cidadania e a defesa de direitos humanos da pessoa com sofrimento mental, através da construção de formas inclusivas de sociabilidade e contratualidade social.

Nesta perspectiva, o trabalho no campo da saúde mental propriamente dito deve alcançar o cotidiano da vida dos usuários, e vice-versa, bem como agenciar mudanças no imaginário social sobre a loucura que é ainda permeado pelas noções historicamente construídas de incapacidade, periculosidade e irracionalidade, as quais dificultam ou mesmo impedem a inserção social não submissa e autônoma dessas pessoas. É importante destacar, entretanto, como nos indicam estudos sobre a implementação da Estratégia de Saúde da Família (Tesser, 2006a; 2006b), que a capilaridade das ações das equipes técnicas no território e no cotidiano de vida dos usuários, pode ter efeito contrário ao objetivo de substituição do modelo assistencial tradicional. Esta estratégia tem, em potencial, a possibilidade de legitimação do modelo biomédico exatamente pela extensão que as práticas e o discurso técnico podem alcançar, podendo contribuir para os processos de medicalização social da vida.

No percurso metodológico, me orientei por uma abordagem interdisciplinar que integra métodos de inspiração etnográfica (Geertz, 2007; Viégas, 2007; Passos, 2009), cartográfica (Romagnoli, 2009; Kastrup & Passos, 2013) e da Análise de Redes Sociais

(McMarty, 2002; 2010; Molina, 2005a; Kadushin, 2012; Lazega & Higgins, 2014). Esta orientação metodológica considera métodos com os quais já possuía alguma familiaridade, a cartografia e a etnografia, fortemente presentes nas pesquisas do laboratório¹ do qual faço parte.

Inicialmente meu interesse pela pesquisa sobre redes sociais e Atenção Psicossocial em saúde mental se direcionou ao estudo das redes organizacionais propostas pelas políticas de saúde e de saúde mental. Esse interesse originou-se a partir dos resultados de pesquisa de mestrado (Barboza, 2009) e de questionamentos pessoais que emergiram na prática cotidiana como técnica e gestora em dois sistemas de atenção que organizam a oferta de serviços e garantia de direitos integrantes da seguridade social brasileira: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Naquela experiência de pesquisa, constatei que a integração entre serviços da Saúde Mental com a Atenção Primária em Saúde é um desafio permanentemente atravessado pelas condições históricas, ideológicas e políticas dos sistemas de saúde locais e da implicação de seus atores. Esse desafio aponta para a necessária construção de redes no SUS que se organizem de forma poliárquica, e não centralizada em torno de um único dispositivo, como tem sido frequentemente o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A organização poliárquica possibilita que todos os serviços da rede sejam, em potencial, ponto de acolhimento para o usuário. Dessa forma, teríamos fluxos de redes menos burocratizados e menos enrijecidos pela fragmentação e hierarquização das redes de saúde.

O tema das redes sociais não se apresentou significativamente para a pesquisa naquele momento, mas foi sinalizado como algo importante a ser discutido e sistematizado pelas equipes no processo de elaboração do plano municipal de saúde mental, instrumento que define o modelo de atenção a ser ofertado pelo município. Segue fragmento do meu diário de campo, registrado na dissertação:

Uma das psicólogas do CLIPS² comentou, numa conversa particular, que gostaria de conversar com a equipe no sentido de que eles ouvissem “o que a Aline pode nos falar do social no trabalho da saúde mental”. Este lugar, o do “social”, ficou manifesto quando numa reunião de um subgrupo da equipe de saúde mental, sobre a

¹ Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@gir) da FAFICH/UFMG.

² Em Ipatinga, o CAPS é nomeado de CLIPS, conforme será explicitado no terceiro capítulo.

qual não fui informada, os técnicos presentes determinaram que eu faria a escrita da seção “Sobre a rede de suporte social” do Plano Local de Saúde Mental, juntamente com a assistente social do CLIPS. Fiquei surpresa por não ter sido indicada para escrever a seção “Sobre a saúde mental na APS”, já que era exatamente esse tema que busquei trabalhar nesta pesquisa e que já havia compartilhado com a equipe”. (Barboza, 2009, p.67)

A minha surpresa indicada neste excerto revela, em alguma medida, o papel que eu exercia junto àquele coletivo de trabalhadores de questionamento sobre a importância do “social” na rede, sobre a “rede de suporte social” que o Programa Municipal de Saúde Mental reconheceria, ou não, como componente do seu modelo de atenção. A inquietude pessoal com esse tema, sustentada pela prática profissional, foi umas das razões pela opção de continuidade de estudos sobre a rede de atenção em saúde mental no mesmo município.

Ipatinga é um município no interior do estado de Minas Gerais, pertencente à região metropolitana do Vale do Aço, distando um pouco mais de 200 km da capital, Belo Horizonte. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do município, no ano de 2017, era de 261.203 habitantes (IBGE, 2017). Ipatinga é dividida em nove regionais para fins da gestão e da execução de serviços assistenciais, o que é o caso da saúde³.

O interesse pelo tema das redes sociais na sua interrelação com a assistência pública se intensificou ao longo da minha trajetória de atuação nas políticas públicas de Saúde e Assistência Social, principalmente no que se refere à contribuição das redes nos processos de inserção social dos públicos atendidos pelas políticas sociais.

Na experiência como profissional do SUAS percebi que o trabalho em rede, que se quer intersetorial e que garanta a integralidade da atenção, tende a se limitar à execução de fluxos de encaminhamento e acolhimento entre serviços e setores, por vezes protocolados sem pactuações coletivas entre os atores envolvidos. Da mesma forma do que acontece no SUS, estes fluxos são definidos no SUAS considerando os níveis de complexidade que compõe o sistema e os tipos de casos que cada nível deverá assistir. A gravidade e/ou a intensidade dos fenômenos psicossociais são graduadas e se tornam índices de referência para os trabalhadores na engrenagem desses fluxos.

³ A descrição da rede de saúde mental de Ipatinga/MG será mais bem detalhada no terceiro capítulo.

No caso da saúde mental, o diagnóstico e a intensidade dos sintomas são os norteadores do caminho do usuário pela rede que tem como formas básicas de comunicação os encaminhamentos do paciente, nos moldes da referência e da contrarreferência. Com esta objetiva tipificação de públicos para cada modalidade de oferta assistencial, faz-se necessária a reflexão sobre a interrelação entre os níveis de atenção.

Apesar do avanço na criação de novas modalidades assistenciais, a preocupação com a criação de novos modos de articulação entre eles e com os demais dispositivos sociais e de saúde é bastante recente, predominando ainda na prática assistencial a lógica burocrático-administrativa da referência e contra-referência. (...) apesar da afirmação de que os serviços destinam-se a sujeitos em sofrimento psíquico, o acesso a tais serviços é garantido mediante um diagnóstico, a demarcação de uma especificidade – quando o SUS enfatiza princípios como universalidade e saúde como direito de “qualquer um”. (Zambenedetti & Silva, 2008, p. 145)

Soma-se a essa fragmentação interna da atenção, presente nos dois sistemas, SUS e SUAS, a fragilidade das articulações intersetoriais entre as políticas sociais no que tange à execução e à gestão de serviços, fragmentando também a oferta de proteção social integral e equitativa às pessoas que dela necessitam.

O trabalho na Assistência Social, acumulado às minhas experiências anteriores no SUS, tem sido muito rico no sentido de construir problematizações cotidianas sobre os efeitos de nossas intervenções no contexto das políticas públicas na vida das pessoas, das famílias, das comunidades. Foi nesse campo que mais me aproximei, na prática, do que buscamos por ideal de autonomia e protagonismo dos usuários, especialmente no âmbito do controle social. Há, nesta política, tentativas de dar maior destaque à dimensão relacional e de convivência nos serviços socioassistenciais, apesar dos desafios de desconstrução da percepção amplamente arraigada em nossa cultura de que esta política estaria mais voltada para suprir necessidades materiais e de renda. Apesar da convivência sociofamiliar ter sido ousadamente definida como uma segurança que deve ser afiançada pela política de Assistência Social, intervir na dimensão relacional e do convívio com vistas à autonomia também compõe os objetivos da Atenção Psicossocial em saúde mental e da promoção de saúde na perspectiva da saúde coletiva.

Estes setores, SUS e SUAS, têm sustentado o desafio de orientar as suas práticas por uma concepção complexa dos fenômenos nos quais intervêm, o que necessariamente exige ampliação e diversificação das ações, assim como a necessária intersectorialidade no contexto brasileiro de fragmentação dos processos de gestão das políticas sociais assistenciais (Oliveira & Amorim, 2012; Koga, 2016). A intersectorialidade tem sido tema muito presente em pesquisas contemporâneas do campo das políticas sociais uma vez que se encontra na base da integração das políticas da seguridade social no Brasil (Inojosa, 2001; Junqueira, 2004; Schultz & Mioto, 2010; Monnerat & Souza, 2011).

Segundo as autoras Dimenstein e Liberato (2009), a diminuição das internações e das consultas ambulatoriais convencionais, mesmo que articulada com a expansão dos serviços substitutivos de base territorial, não é suficiente para garantir a desinstitucionalização psiquiátrica. Um fato que dificulta ainda mais esse processo é a ideia de que a rede se expande quando aumenta o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa expansão é problemática quando não se faz “a devida problematização acerca de seus limites, da impregnação da burocracia, da trama das pequenas relações do dia-a-dia que dificultam a transformação/avanço das práticas em saúde mental” (Dimenstein & Liberato, 2009, p. 5). É necessária a consolidação de uma rede de atenção territorializada, “que responda não apenas pela assistência, mas que atue de forma intersectorial, oportunizando novos acessos a bens e serviços, além da ampliação da interação desse público no espaço urbano” (Costa & Brasil, 2014, p. 441). Sendo assim, não podemos reduzir a rede de atenção territorializada à rede de CAPS, mesmo que este tenha a função de ordenação da rede. O que se observa é que, na prática, este dispositivo tem produzido novas formas de cronicidade, de manutenção da dicotomia entre clínica e política e se mantém voltado para si próprio, com pouca ou nenhuma articulação no território (Dimenstein & Liberato, 2009).

Estamos operando uma reforma que tem ficado restrita aos serviços de saúde e propondo uma desinstitucionalização que não ultrapassa as fronteiras sanitárias. À medida que investimos prioritariamente na ampliação da rede de serviços assistenciais, estamos trabalhando com uma concepção muito limitada de rede, estreitando o circuito por onde a loucura pode transitar, estamos tomando-a como objeto específico da saúde, criando poucas possibilidades de inserção social e de co-responsabilização pelas diversas políticas públicas. (Dimenstein & Liberato, 2009, p. 7)

O avanço da política de saúde mental, como já mencionado, não deve ser considerado apenas pela expansão dos serviços de base territorial – iniciada após publicações de portarias que regulamentaram os NAPS e CAPS na década de 1990, e da promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica – mas também através da luta pela ampliação do acesso aos direitos sociais básicos de cidadania por pessoas com sofrimento mental. Esta última tem se apresentado como um dos principais desafios no processo de inserção social da pessoa com sofrimento mental e está intrinsecamente relacionada ao trabalho de ampliação dos vínculos sociais também para fora do universo da saúde mental, de promoção de encontros no espaço urbano e dos acessos a outras políticas públicas. Nas políticas sociais “a dimensão da cidade ganhou ênfase não apenas no vetor da descentralização e da ampliação da autonomia local, mas também pela tematização da territorialidade e da intersetorialidade como chaves no enfrentamento da complexidade das questões sociais” (Costa & Brasil, 2014, p. 436).

Os usuários da rede de saúde mental, agora não mais forçados a permanecer institucionalizados em longa permanência, se deparam com a complexidade das questões envolvidas na construção da autonomia e inserção na vida social. Nessa mudança, o usuário e a própria rede se deparam com demandas que ultrapassam as responsabilidades da saúde mental e do próprio SUS. A inserção social, segundo Dimenstein e Liberato (2009), se refere mais à questão social e às formas de constituição da cidadania no Brasil, do que à condição de louco.

Torna-se fundamental o debate sobre as condições estruturais no processo de inserção social da pessoa com sofrimento mental proposto pelo movimento de desinstitucionalização psiquiátrica. Nesse sentido, Costa e Brasil (2014) afirmam que:

O modelo de saúde mental busca se apropriar do espaço urbano numa perspectiva multifacetada de cidadania, conjugada à via dos direitos e da constituição de sujeitos políticos, atrelado ao espaço ancorado nas relações cotidianas. No entanto, a aposta numa possível convivência com a diversidade depara-se com problemas estruturais, tais como o acesso aos serviços de proteção social, culturais, educacionais e laborativos que a vida pública deveria oferecer aos usuários de saúde mental. (p. 438)

Cientes das questões estruturais, é importante pensar na intersetorialidade para além do trabalho técnico de articulação de esforços na atenção ao usuário nos momentos de crise e estabilização do sofrimento psíquico estritamente falando. Deve-se pensar a

intersetorialidade como a construção coletiva de respostas integradas a problemas sociais complexos de base territorial (Inojosa, 2001). Fazendo uma leitura para o campo da saúde mental, a desinstitucionalização “implica na adoção de modelos de atenção integral de base territorial” (Dimenstein & Liberato, 2009, p. 9) que sustentem a saída do hospital através da criação de redes de suporte social, de parcerias com secretarias de cultura e assistência social, com programas de inclusão produtiva e habitação. Isto para evitar, inclusive, novas formas de institucionalização – a transinstitucionalização (Dimenstein & Liberato, 2009, p. 5), que pode representar a “saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade, conduzida por profissionais de instituições como os CAPs e os SRTs” (Furtado, Oda, Borysow, & Kapp, 2016, p. 10), ou de outras políticas setoriais.

Faz-se importante ressaltar, a partir da leitura de Santos (1999), que este modelo de atenção territorial não deve se reduzir à sobreposição de setores. Diferente disso, a produção territorial intersetorial que se pretende é de natureza instituinte, processual e estará sempre em organização. Esta proposta de um modelo de atenção integral de base territorial aberta à construção cotidiana de respostas às demandas apresentadas, se implicada com as forças instituintes, deve considerar plasticidade e flexibilidade em seu movimento contínuo de automodelagem.

A Estratégia de Atenção Psicossocial em saúde mental se aproxima de seus objetivos – formulados de modo a dar institucionalidade à proposta antimanicomial do movimento de desinstitucionalização psiquiátrica – quando os serviços aceitam o desafio de se responsabilizar pelo território, de provocarem outras políticas públicas a atenderem os usuários e a suas famílias, de abrir caminho para a construção de saídas para os impasses da inserção social de forma coletiva e intersetorial, e de incorporar as redes sociais no desenho de sua política (Costa & Brasil, 2014, p. 438).

Neste último desafio, a dimensão espacial torna-se âncora para a vida cotidiana, cenário constituído por redes de sociabilidade não vinculadas ao mercado ou ao Estado, e também redes de sociabilidade que funcionam para o exercício da cidadania e intervenção nas políticas públicas, cenário constituído pelas redes de serviços e demais redes secundárias, as chamadas “redes sociotécnicas” (Costa & Brasil, 2014; Martins & Fontes, 2008).

A vinculação das redes sociais ao desenho da política pode gerar pelo menos dois efeitos. O primeiro deles seria a atuação da rede de serviços como um “dispositivo da rede de relações, de sociabilidade e de subjetividade, aspectos que dão visibilidade a um novo

platô de rede (não restrito ao viés topológico, mas sim relacional, afetivo, intensivo)” (Zambenedetti & Silva, 2008, p. 144), aspectos fundamentais quando se trata da Atenção Psicossocial. Segundo Marins e Franco (2012), em estudo sobre agenciamentos produzidos na experiência de desinstitucionalização junto a uma rede social no município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro,

quando o contexto é o de uma rede social que se dá sem absorção do Estado, evidencia-se um caráter instituinte favorável à experimentação e à coexistência de múltiplos sentidos, movimentos e diferenciações. Caminhar nesse terreno é estar em permanente trânsito, sem roteiros prévios. É abrir-se ludicamente à montagem de ideias plenas de mundo. Essa é uma concepção de rede que não se coloca como ‘complementar’ aos circuitos instituídos, mas como espaço de encontro de diálogos possíveis e desejáveis, a dispararem enigmas, em contraposição à verticalização hierárquica em sua tendência supressora/decifradora de enigmas. (p. 147)

O segundo efeito, contrário ao primeiro, seria a absorção das redes sociais como uma estratégia da biopolítica (Foucault, 1999; 2008), de controle e monitoramento da vida social ao atribuir a grupos sociais – família, vizinhança, comunidade – responsabilidades no tratamento em saúde mental (Silva, 2005a; 2005b; 2007).

Em pesquisa sobre as noções de responsabilidade presentes no percurso histórico, político e assistencial da reforma psiquiátrica brasileira, Silva (2005a; 2005b; 2007) demonstra que os atores locais envolvidos no cotidiano do cuidado em saúde mental, que possuem vínculos mais íntimos ou mesmo casuais com os usuários, são convocados à responsabilidade, de diferentes maneiras, de uma parte do encargo pela assistência. Por um lado, essa estratégia cria condições de possibilidade para um tratamento em liberdade e permite o alcance de direitos de cidadania. Por outro, esta convocação também pode funcionar como tecnologia de biopoder, uma vez que a população se torna alvo e instrumento no processo de regulação social e normatização de comportamentos.

Silva (2007) considera que “as práticas psicossociais convocam à responsabilidade, não no sentido de atribuir uma falta ou atribuir obrigações, mas de suscitar o engajamento em uma causa, garantindo assim algum grau de continuidade do tratamento” (p. 37). Porém, o autor sugere que essa parceria, numa visão mais ampla da relação entre Estado e sociedade civil, coloca-se como um dilema para as políticas sociais contemporâneas que têm como

princípios fundamentais a participação popular nas instâncias de controle social e de gestão das políticas.

Além da participação na gestão, a população também está envolvida na execução de ações de cuidado em saúde mental por diferentes atores sociais convocados pelos serviços. Nessa atenção pela sociedade civil, percebe-se a permanência, em certa medida, da concepção de que o usuário é passível de tutela, de que precisa ser vigiado, controlado, e seus cuidados administrados por um outro. Segundo Silva (2005b), tal constatação é um “fato histórico que aponta para a articulação entre a terapêutica da doença mental e a gestão dos comportamentos que desafiam a ordem pública” (p. 130).

Em resumo, os seguintes aspectos históricos, políticos, teóricos e metodológicos balizaram esta pesquisa, a saber: 1) a mudança do modelo manicomial, hospitalocêntrico e medicalizante para o modelo psicossocial da atenção em saúde mental, efeito do movimento de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que visa à inserção social das pessoas com sofrimento mental, em oposição ao seu isolamento e exclusão; 2) os impasses na prática, pela RAPS, da intersetorialidade e construção de respostas integrais para acesso à proteção social e direitos sociais básicos de cidadania pelos usuários da saúde mental; 3) a complexidade da concepção de território utilizada na construção de práticas e de oferta de serviços do modelo psicossocial da atenção em saúde mental; 4) o papel ambíguo, porém central, das redes sociais no apoio ao tratamento como executoras de práticas de cuidado em liberdade com vistas à autonomia dos sujeitos.

Na sequência, o texto está organizado em quatro capítulos e uma seção de considerações finais. O capítulo 1 tem por objetivo apresentar um levantamento conceitual sobre território e redes sociais, destacando a sua centralidade para a Atenção Psicossocial em Saúde Mental. No capítulo 2 apresento a proposta metodológica para a pesquisa empírica. Já no capítulo 3, começo a apresentação dos dados empíricos produzidos nesta pesquisa, destacando as dificuldades nas relações internas à RAPS de Ipatinga e como este contexto aponta condições de impossibilidade para uma interrelação potente entre rede institucional e redes sociais dos usuários. No último capítulo, apresento aspectos das redes sociais dos usuários entrevistados e o modo como estes dados foram produzidos, lançando luz ao percurso metodológico. Nas considerações finais, ressalto os principais resultados da pesquisa e os apontamentos para agendas futuras.

1 Atenção Psicossocial, território e redes sociais em Saúde Mental

Neste primeiro capítulo busquei desenvolver uma base teórica, a partir de um levantamento conceitual sobre território e redes sociais, para a discussão sobre a centralidade destes conceitos para a Atenção Psicossocial em Saúde Mental. Tenho por objetivo evidenciar a função agenciadora das redes sociais no processo de inserção social dos usuários, entendido como um processo complexo que demanda mudanças e investimentos de diferentes naturezas – subjetivos, sociais, políticos, econômicos e culturais, e em diferentes dimensões do funcionamento da vida. O fato de já termos instituído, nos âmbitos jurídico e normativo, uma rede específica de atenção em saúde mental que atende ao ideário antimanicomial, não nos autoriza afirmar que a RAPS, por si só, tem conseguido alcançar o objetivo da inserção social de pessoas com sofrimento mental, seja para aquelas egressas do processo de institucionalização, seja para aquelas que se inseriram diretamente no tratamento em liberdade. Considero que o aprofundamento do estudo sobre território e redes sociais, compreendidos com centrais para a atenção em saúde mental, pode contribuir para vislumbrarmos o audacioso e necessário objetivo da desinstitucionalização psiquiátrica e inserção social das pessoas em situação de sofrimento social.

1.1 Atenção Psicossocial e inserção social

O cuidado é um motor, mas precisa se agenciar com outros componentes da produção de subjetividade, com arte, trabalho, produção de direitos... para produzir, no sentido pleno, novos territórios.

(Lancetti, 2010, p. 96)

Na Estratégia Atenção Psicossocial pautada no paradigma da produção social da saúde e no modo psicossocial de atenção (Costa-Rosa, 2000; Yasui & Costa-Rosa, 2008; Costa-Rosa, 2013), espera-se que as instituições de saúde mental não se reduzam apenas aos seus estabelecimentos. Elas devem ser pensadas como “dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território, distanciando-se, dessa forma, de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade da Atenção” (Yasui & Costa-Rosa, 2008, p. 36). Nesta lógica, e ultrapassando os limites das definições tradicionais da geografia, território é considerado como “processo”, como um “espaço de vida pulsante, de alegrias e conflitos

sempre em movimento e que não admite simetrias” (Mendes et al., 1993 citados por Silva et al., 2001, p. 149). Assim, “sair da rede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes” (Amarante, 2007, p. 86), passa a ser imprescindível para o desenvolvimento de ações psicossociais e para a invenção de diferentes possibilidades de atenção em saúde mental nos territórios, entendidos como o “*locus* de reconstrução da sociabilidade e inclusão social das pessoas com sofrimento mental” (Costa & Brasil, 2014, p. 436).

É importante ressaltar que a inserção na rede de atenção aberta e territorializada, exclusivamente, não significa inclusão social e, portanto, não significa o fim da linha para o movimento antimanicomial. A instituição asilar, conforme afirma Passos (2003), a partir da leitura de Marcel Gauchet e Gladys Swain (1980), representou uma forma de inclusão social do louco na modernidade:

O louco teria passado a ser um igual na medida em que a loucura como doença, não só é passível de atingir a muitos, cada vez um maior número de pessoas, como encontra uma forma científica de tratamento, que a retira do limbo do misticismo ou da relegação à própria sorte. (Passos, 2003, p. 163)

Passos (2003), em consonância com Peter Pál Pelbart (1989), reitera que a questão da inclusão do louco no sistema institucional disciplinar se deu pelo domínio e domesticação, o que custou ao louco “a alienação de sua loucura e de sua condição cidadã ao saber/poder do médico e da Justiça, seja na forma concorrencial ou combinada dessas duas instituições”, que significou a inclusão de direito e a exclusão de fato (Passos, 2003, p. 163).

Por essa razão, faço a opção de utilizar como referência à inclusão social, ou ao que muitos autores nomeiam como reinserção social, a ideia de *processos de inserção social*. Algo dinâmico, permanente e nunca finalizado.

Considerando a complexificação do emaranhado de processos sociais, políticos e culturais no qual a busca pela inserção social das pessoas com sofrimento mental se insere, e o ideal de luta que se mantém contra todas as formas de prisões e normatizações da vida, os rumos do movimento de desinstitucionalização psiquiátrica, apesar dos recentes ataques de grupos conservadores à política de saúde mental no Brasil, resiste e prossegue caminhando na busca por uma “revolução cultural” (Merhy, 2013, p. 216), para a efetivação de um novo “processo civilizador” (Yasui, 2010). A dimensão considerada estratégica para movimento antimanicomial é o campo sociocultural, no qual devemos engendrar práticas

sociais que possibilitem a desconstrução do imaginário social sobre a loucura que a coloca no patamar da anormalidade, da ausência da razão e da periculosidade. Nesta dimensão, os usuários devem ser reconhecidos como cidadãos que almejam poder de contratualidade social (Amarante, 2007; Yasui, 2010).

A Atenção Psicossocial deve ser operada para além do trabalho técnico nos momentos de crise do sofrimento psíquico dos usuários, situações nas quais, em muitos casos, a rede já encontra limitações em seus recursos próprios. É fundamental que a rede não responda apenas pela assistência, mas que oportunize aos usuários novos o acesso a bens e serviços e a ampliação da possibilidade de interação no espaço urbano (Costa & Brasil, 2014, p. 441). Segundo Lancetti (2010), as pessoas que trabalham nesse campo, com o cuidado em saúde mental, “produzem bens imateriais e o produto é o próprio ato em si, mas poderia se produzir muito mais se houvesse possibilidade de realização de agenciamentos e outros modos de entender a cidade” (p. 97).

Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na experiência histórica de desinstitucionalização psiquiátrica no município de Santos, no estado de São Paulo, considerada como inequivocamente antimanicomial e psicossocial (Costa-Rosa, 2013), desenvolveram um mosaico de ações, constituindo-se como uma rede de estrutura complexa, recusando a centralização dos serviços. A partir do início da década de 1990, com a gestão de saúde sendo liderada por David Capistrano Filho, Santos passou a contar com leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise; atendimentos de demandas em residências, em locais de trabalho ou locais públicos; ofertas de atendimento do tipo emergencial ou ambulatorial; respostas a várias demandas de caráter social e não apenas, como tradicionalmente reconhecidas, terapêuticas (Vasconcelos, 2000a; Lancetti, 2007). Segundo Amarante (2015), essas ações que fogem ao escopo das ações de tratamento, tradicionalmente clínicas, revelam o “caráter complexo da denominada demanda psiquiátrica que é sempre menos uma demanda apenas clínica e mais uma demanda social, em que a clínica é apenas uma das dimensões” (p. 29).

O modelo psicossocial de cuidado em saúde mental passa a ter como objeto de intervenção o sujeito em sofrimento e suas condições concretas de existência, reconhecendo sua subjetividade e inscrevendo-o no marco da cidadania. No campo jurídico-político da reforma psiquiátrica, observamos o movimento de criação e revisão de legislações que possibilitam cidadania para a pessoa com sofrimento mental, a extinção dos manicômios e a priorização de dispositivos de cuidado extra (e não)-hospitalares (Amarante, 2007; 2015).

É importante destacar que esse movimento, em meio às investidas político-conservadoras no campo da saúde coletiva e da saúde mental (Vieira & Benevides, 2016; Alves, Delgado, & Kinoshita, 2017), precisa ser retomado, reiterando a ênfase à inserção social e à construção da cidadania como direcionamento do modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

Segundo Damatta (1997), é difícil incorporarmos uma única noção de cidadania em razão da constituição de nossa sociedade, marcada estruturalmente pela desigualdade social, por pouco investimento na execução da política social e pela lógica relacional hierarquizada, burocratizada e patrimonialista. É necessário desnaturalizar a noção de cidadania baseada na ideologia individualista da ideia de universalidade contida nas regras a serem aplicadas a todos, de modo a reconhecer a existência e a convivência de diferentes práticas e concepções de cidadania como inerentes à sociedade brasileira.

No caso da saúde mental coexistem movimentos de luta pela garantia dos direitos civis e universais, e de luta por direitos especiais para as pessoas com sofrimento psicossocial (Vasconcelos, 2000a; 2000b). O marco legal da política pública de saúde mental no Brasil sinaliza para essa divisão e não tem avançado em termos da construção normativa e da execução de ofertas que integrem o tratamento do sofrimento mental e a garantia à proteção social, especialmente para aqueles que não possuem histórico de institucionalização psiquiátrica de longa data.

O horizonte de inclusão social das diferenças é o ideal almejado pelos diversos movimentos sociais que lutam pelos direitos humanos. É importante, e urgente, que a RAPS se reconheça inserida nessa arena de lutas pela inclusão das diversidades na vida social, pela cidadania e proteção social. A RAPS tem um papel fundamental naquilo que Delgado (1996) já anunciava como ação da Atenção Psicossocial: o “esforço de construção de uma cidade capaz de abrigar em harmonia os inúmeros territórios subjetivos” (Delgado, 1996, p. 117).

No que se refere à construção da autonomia, esta pode ser considerada como “o que mais importante o processo de tratamento tem a produzir” (Leal, 2001, p. 69), é a finalidade do trabalho em saúde (Onocko-Campos & Campos, 2009). Apesar de muito citado nas publicações científicas e normativas de saúde mental, este conceito tem sido pouco descrito e problematizado na literatura específica (Zambillo & Palombini, 2015). Uma referência histórica no campo, citada de forma recorrente em pesquisas, pertence à Kinoshita (1996), que define autonomia como

a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa; dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (Kinoshita, 1996, p. 57)

Esta é uma definição que se articula à noção de que um sujeito autônomo é que aquele que está inserido em redes sociais e que estabelece dependências nessas interações. No caso das pessoas em sofrimento mental, podemos entender que a dependência de apoio, muitas vezes, relaciona-se com um contexto de vulnerabilidades, sendo uma destas as situações de isolamento em razão do sofrimento mental ou em razão de histórico de institucionalização, circunstâncias que condicionam o estabelecimento de poucas interações sociais. No contexto de institucionalização psiquiátrica, esta é, sem dúvida alguma, uma realidade. Porém, no contexto da atenção em saúde mental em liberdade, analisar o processo de construção de autonomia é algo mais complexo. A análise da quantidade de laços sociais que o usuário estabelece, por si só, não é suficiente, pois “não basta aumentar a inserção em relações sociais se esta inserção não vier acompanhada de reflexividade, elucidação e crítica sobre os novos laços estabelecidos e as possibilidades de transformação político-social decorrentes daí” (Ribeiro, 2017, p. 41).

Para Onocko-Campos e Campos (2009), autonomia é um processo de coprodução, individual e coletiva, em corresponsabilidade com o sujeito ou a coletividade, que depende das condições econômicas, culturais, das políticas públicas e do acesso à informação. Pressupõe a capacidade de fazer uso das informações de forma reflexiva e crítica. Tal noção de autonomia vai em encontro à definição de Kapp (2004; 2011), que incorpora à noção de autonomia o direito e a capacidade de dar a si mesmo sua própria norma.

A *capacidade* é algo como a lucidez e a coerência para refletir, criar e rever formas de conduta e interação, em lugar de apenas reproduzi-las de instâncias externas. Já o *direito* de se autogovernar equivale ao reconhecimento da autonomia por essas mesmas instâncias externas. A distinção importa porque a capacidade de autodeterminação não implica necessariamente o seu reconhecimento, nem

tampouco o direito implica necessariamente a capacidade. Qualquer autonomia concreta é parte de um processo histórico em que o direito de autogovernar-se e a capacidade para isso se desenvolvem de modo assíncrono. Segundo o argumento kantiano de que não existe aprendizado para a liberdade sem liberdade, o direito de autonomia deve preceder a capacidade. A autonomia seria a liberdade amadurecida. Situações em que existe a capacidade de autonomia sem o respectivo direito resultam, via de regra, da supressão de uma liberdade anteriormente existente. (Kapp, 2011, p. 4, grifos da autora)

O direito à autonomia deve ser perseguido pela Atenção Psicossocial, mesmo que esta, enquanto modelo e rede de atenção, esteja mergulhada nas contradições inerentes às políticas públicas, campo de constante disputa de projetos ético-políticos. O modo psicossocial propõe a ética na perspectiva da singularização, em oposição à ética da tutela. Dessa forma, busca-se o reposicionamento do sujeito, de modo que este seja capaz de situar-se ativamente frente ao seu sofrimento e tenha reconhecidos seus direitos de cidadania, em um processo de implicação subjetiva e sociocultural (Costa-Rosa, 2013).

A perspectiva do direito à autonomia está associada às noções de liberdade e igualdade. O direito aqui é a possibilidade real, e não só formal, de participação em espaços coletivos, dos processos decisórios, da formação das leis, da sua aplicação e do seu governo (Castoriadis, 1993). Temos, então, o sentido democrático da autonomia coletiva que inclui “formas de democracia direta que se contrapõem diretamente tanto à democracia representativa quanto, obviamente, a outras formas mais explícitas de hierarquização e concentração de poder” (Kapp, 2011, p. 5).

Para Castoriadis (1982), a existência humana é intersubjetiva, social e histórica. A autonomia se constrói na intersubjetividade em relação de inerência, e não de dependência ou independência, com o social e o histórico, se constituindo assim como autonomia individual e social. Para Passos (2006, p. 9), a “autonomia é a capacidade de apropriação, de reflexividade, de nossa experiência de sujeitos e, também, a capacidade de transformá-la a partir de projetos coletivos, construídos eticamente com outros sujeitos”.

Em síntese, a Atenção Psicossocial, paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica,

refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença. (Yasui, 2009, p. 3)

Os princípios e valores mencionados pelo autor, “que tencionam cotidianamente as relações sociais produtoras de desigualdades, de heteronomias, de injustiça, de uma quase barbárie”⁴, referem-se a um projeto de sociedade mais justa, de igualdade no acesso a bens, serviços e ações de promoção da vida, e que permita a liberdade dos cidadãos na produção de sua autonomia, “trabalho intersubjetivo, coletivo e social que resulta da possibilidade de construção de instituições que favoreçam a autonomia da própria sociedade” (Afonso, 2011, p. 459).

1.2 Território

*Não! Eu não sou do lugar dos esquecidos.
Não sou da nação dos condenados.
Não sou do sertão dos ofendidos.
Você sabe bem: Conheço o meu lugar!*
(Belchior, 1979)

⁴ Em palestra proferida no II Seminário de Atenção Psicossocial em Florianópolis, realizado pelo Conselho Regional de Psicologia 12ª Região, em agosto de 2014, Silvio Yasui, ao apresentar os objetivos amplos da luta contra os manicômios na década de 1980 que articulada aos demais movimentos por liberdade civil e redemocratização do Brasil, e à experiência de militância que envolveu os trabalhadores de saúde naquele período, lembrou a plateia da produção de um manifesto - a Carta de Bauru - e indagou aos participantes se assinariam aquele manifesto. Essa intervenção, naquele evento, destacou o efeito rarefeito de militância presentes nos serviços nos dias atuais, e o estabelecimento de uma concepção reducionista do movimento sanitário e antimanicomial a reformas administrativas e assistenciais. Alguns anos depois, em dezembro de 2017, um novo encontro aconteceu na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, para comemorar os 30 anos de luta antimanicomial, os 30 anos da carta escrita em 1987. Este encontro produziu um novo manifesto, uma nova Carta de Bauru. O vídeo do evento do CRP de 2014 está disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Nv9vpyqT10s&list=PL6k_h2STj0I1JxdqJE9Ia6ildIWAluxr0&index=2. A carta de 1987 está disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. A carta de 2017 está disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>.

O território está presente no campo da saúde coletiva e da saúde mental como conceito central para a organização e planejamento das ações das redes de atenção de saúde e deve se pautar por uma ética que afirme a ruptura radical com as práticas manicomiais e a construção de formas de sociabilidade inclusivas no espaço das cidades. O território também ganha importância nas pesquisas de diagnóstico e avaliação de fatores de saúde e de adoecimento, e deve ser considerado no cotidiano das práticas clínicas com os usuários da rede de saúde mental. Além da função de organização da rede, que atende aos objetivos de gestão da política, o território é também apreendido como espaço e condição privilegiada para as intervenções terapêuticas, de reabilitação e inserção social (Lima & Yasui, 2014).

Nessa lógica de organização, de forma semelhante às indagações nas experimentações pioneiras de práticas substitutivas de saúde mental no território, uma pergunta (re)emerge: “De que forma um pequeno serviço com seus psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, cozinheiros, oficinairos, estagiários, pode ter como clientela um bairro da cidade, um território habitado por milhares de pessoas?” (Delgado, 1996, p. 114).

O território passou a tomar corpo no debate sobre a atenção em saúde mental a partir do movimento de ruptura da hegemonia do espaço hospitalar enquanto *locus* adequado e privilegiado de tratamento e da necessidade “terapêutica” do isolamento do paciente de seu meio social. Este isolamento foi condição e efeito dos processos de medicalização da loucura e de outros comportamentos socialmente indesejáveis, e de institucionalização da psiquiatria por séculos.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve início e se integrou a um conjunto de movimentos pela redemocratização do país a partir do final da década de 1970. O contato com militantes dos movimentos internacionais de desinstitucionalização psiquiátrica, como a Psiquiatria Democrática italiana, contribuíram para a vocalização de denúncias sobre práticas desumanas que se passavam no interior dos hospitais psiquiátricos. Diante das violações de direitos humanos que se tornaram públicas, passou a ser imperativo a ampliação do debate político, ético e epistemológico sobre a loucura e, principalmente, sobre suas formas históricas de tratamento.

Essa cadeia de acontecimentos gerou um campo de possibilidades para a proposição do tratamento em saúde mental em meios comunitários e territorializados. Assim como o movimento sanitário, que definiu as bases para a institucionalidade da oferta de serviços de saúde como direito universal, o movimento da Reforma Psiquiátrica provocou a constituição

de um novo aparato institucional que prescindir de formas manicomiais de internação e do isolamento social como fator terapêutico para o tratamento do sofrimento mental. O modelo de cuidado em saúde mental passa a ter como objeto de intervenção o sujeito em sofrimento e suas condições existenciais, reconhecendo sua subjetividade e direitos de cidadania.

Cabe destacar que o papel instituinte dessa nova compreensão sobre o território que emerge com o movimento sanitário e antimanicomial e se institucionaliza no modelo psicossocial, não se reduz apenas à recusa do isolamento geográfico dos estabelecimentos de tratamento, mas incorpora também a recusa à produção de subjetividades encarceradas, submissas, não-autônomas. Conforme Lancetti (2010), “o conceito de território é um guia para a produção de novas subjetividades que consigam fugir de subjetivações degradadas nas instituições totais, ou escapar de existências suicidárias” (p. 91).

A formulação dos princípios do modo psicossocial, por si só, não garante o rompimento com o estatuto da exclusão do louco. Os serviços substitutivos psicossociais, apesar de almejarem a um funcionamento contrário à lógica da exclusão e do controle, não escapam à penetração destes. Mecanismos de vigilância, controle e organização com vistas à adequação das populações às regras de normalização social caracterizam o funcionamento sociopolítico na contemporaneidade. Tomando como referência Michel Foucault, Lima e Yasui (2014) concordam que a modalidade de exercício de poder presente em nossa sociedade é a biopolítica da população, relacionada com a normalização dos processos vitais. Nesse sentido,

vemos surgir um mecanismo de vigilância e controle, e a organização de populações divididas em grupos com características peculiares tomadas como traço identitário. A população será, então, objeto de cálculos do poder e das análises de risco, orientadas pelas flutuações das curvas de normalidade nas quais todos serão posicionados. (Lima & Yasui, 2014, p. 596)

No intuito de evidenciar a relevância do território para a produção contemporânea de cuidado em saúde mental na Atenção Psicossocial, Lima e Yasui (2014) nos convocam a pensar o território a partir de dois aspectos. O primeiro refere-se à multiplicidade de sentidos atribuídos ao termo por diferentes disciplinas, e o segundo refere-se às múltiplas lógicas, concordantes ou contraditórias entre si, que caracterizam o território em sua condição de processo. Os autores utilizam do pensamento de Milton Santos, Gilles Deleuze e Félix

Guattari que, apesar de pertencerem a campos diferentes do conhecimento, têm em comum uma perspectiva processual e relacional do conceito de território.

No caso do autor Milton Santos, território é uma categoria importante em sua proposta teórica de revisão crítica da geografia tradicional. Ao invés da concepção de um território estático, formado apenas por objetos naturais, este autor compreende território “como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações (...) [que] englobaria as características físicas de uma dada área, e também as marcas produzidas pelo homem” (Lima & Yasui, 2014, p. 596). Para Milton Santos (1999), o que permite que o território se torne uma unidade de análise social é sua condição de “uso”:

O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (Santos, 1999, p. 8)

O território possui diferentes densidades de conexões entre pessoas, de fluxos de informações, de trocas de objetos, de movimentação monetária, de deslocamentos demográficos e incontáveis outros tipos de conexões que podem ser analisadas em suas interdependências. Para representar os territórios, Aldaíza Sposati (2010), autora importante no campo da política brasileira de Assistência Social, nos sugere utilizar a ideia da topografia. A topografia social, segundo ela, integra, em uma mesma imagem, continuidades e descontinuidades, presenças e ausências, altos e baixos:

A topografia social expressa a heterogeneidade do território sem cair na excessiva fragmentação; ela significa a expressão territorial da rugosidade das desigualdades sociais das cidades. Assim, para construção da topografia social, o território, uma categoria eminentemente política, é tomado em sua dimensão relacional definida a partir dos usos dos elementos espaciais efetivados pelos agentes sociais, pelas relações políticas, pelos jogos de forças e pelos exercícios de poder que conformam espaços apropriados pelos mais diversos sujeitos coletivos. (Sposati, 2010, p. 55)

Dispondo das lentes de leitura que Torres (2001) utiliza no campo da Educação, podemos direcionar o olhar para o território em duas perspectivas: o “olhar de cima”, do telescópio, que abrange a totalidade planejada e condensada em mapas nos quais se deseja

agrupar os fenômenos territoriais em categorias gerais; e aquela cujo foco se dá nos atores “reais”, os quais, de imediato, não são capazes de visualizar sua inserção numa dimensão ampliada, mas percebem o seu próprio território enquanto contextos de sociabilidades mais próximos – o olhar microscópico.

O olhar telescópico direciona o processo de regionalização e territorialização das redes e sub-redes de saúde, através da utilização da escala dos “grandes números”. Já o olhar microscópico, que se volta para o cotidiano dos atores reais, refere-se aos “números miúdos das ocorrências e intercorrências da gestão local nos territórios de intervenção” (Koga, 2013, p. 34). A autora nos alerta sobre a possibilidade do “choque de escala”, momento em que se confrontam os “grandes números” e os “números miúdos”, e sugere que o trabalho social nas políticas assistenciais seja pautado nos territórios de vivência e na escala do cotidiano (Koga, 2015). Para ela, é

necessário desvendar ainda os números miúdos que interagem com os grandes números das estatísticas populacionais e territoriais que formam contextos diferentes e desiguais. Contextos de vivência são construídos ao longo do tempo, por uma sucessão de eventos, biografias, trajetórias de vida, que perpassam outra escala de observação sobre os territórios das cidades. Consideramos fundamental agregar ao contexto a dimensão temporal que comporta a escala de vivência no território, e que permite olhar para as dinâmicas cruzadas de mundos e diversidades que fazem parte da riqueza sociocultural. Ao mesmo tempo, a vivência no território evoca experiências e práticas que passam por tensões e conflitos na disputa cotidiana pela sobrevivência humana. (Koga, 2015, p. 24)

As concepções de território que têm sido utilizadas nas teorias de Atenção Psicossocial e nas orientações da política pública de saúde mental possuem uma amplitude híbrida. Segundo Haesbart (2004 citado por Furtado et al., 2016, p. 8) um conceito forte de território seria aquele que “desdobra-se ao longo de um *continuum* que vai da dominação política-econômica “concreta” e “funcional” à apropriação mais subjetiva e/ou cultural-simbólica”.

Santos e Nunes (2011), a partir de leitura de Milton Santos e do sociólogo Bourdieu, afirmam que

a experiência no território (...) se dá num mundo cuja práxis condensa relações que podem produzir posições sociais – inclusive de estigma. Nesse sentido a análise da experiência no território deve considerar que este se configura como espaço social onde os atores ocupam posições sociais e capital relativo a essas posições. (Santos & Nunes, 2011, p. 718)

Território é área de referência da cobertura dos serviços e espaço no qual os trabalhadores lançam mão de recursos para o cuidado em saúde mental e inserção social dos usuários. Território é também conceito que norteia, em termos operacionais e de gestão, a organização das redes de atenção psicossocial. Estas noções foram categorizadas por Furtado et al. (2016), em levantamento bibliográfico sobre as concepções de território no campo da saúde mental, no polo de dominância funcional do conceito. Já no polo de dominância simbólica, as concepções sobre território remetem à rede de relações intersubjetivas do usuário o qual pode dizer de sua natureza e composição, que é o campo no qual resultam múltiplas relações materiais e imateriais de poder.

Na pesquisa supracitada, os autores definem território como o conjunto de “determinações recíprocas de espaço e poder” (Furtado et al., 2016, p. 2). Nesta definição, o poder se exerce em determinado espaço e por meio dele; o espaço territorializado é um dos fundamentos e, ao mesmo tempo, um dos principais instrumentos de poder. Segundo os autores, esta concepção de território da Geografia Crítica contrasta com concepções muitas vezes vagas, sem precisão conceitual, que se apresentam de forma recorrente na literatura da saúde mental e em documentos oficiais desta política.

É importante ressaltar que esta concepção de território na qual a dimensão política define seu perfil, não negligencia as demais dimensões como a cultura e a economia. Segundo Souza (2015), “a própria separação entre o “político”, o “cultural” e o “econômico”, da maneira como amiúde é feita, tem muito de cartesiana, de artificialmente preocupada em separar aquilo que é *distinguível*, mas não é propriamente *separável*” (p. 56, grifos do autor). Um bairro, com suas delimitações geográficas, pode ser reconhecido, de forma imediata no contexto da atenção em saúde, como uma unidade espacial formal da administração pública referenciada a uma rede de equipamentos públicos. O bairro, num contexto social mais amplo, pode ser reconhecido como um espaço definido pelas identidades e intersubjetividades ali compartilhadas, um espaço vivido e percebido, um lugar para se viver. O bairro pode ser ainda reconhecido e analisado privilegiando-se o exercício

do poder. Estes enfoques dependerão do que se quer ver, ou se pode ver, de forma mais imediata, ou não (Souza, 2015).

Todavia, dependendo da circunstância e do ângulo a partir do qual se olha, uma dimensão particular pode aparecer como *imediatamente* mais visível e menos relevante, ainda que, *mediatamente*, todas as dimensões das relações sociais sejam importantes e devam ser levadas em conta na análise. (Souza, 2015, p. 56, grifos do autor)

O enfoque na dimensão política do poder nos territórios, que nos exige aproximação entre os processos micro e macropolíticos, reforça a exigência de buscarmos cada vez aprofundar o olhar multifocal e multiescala para o território no contexto da atenção psicossocial em saúde mental. A escala a ser considerada de forma preponderante nas práticas em saúde mental coletiva é aquela que abrange os micropoderes dos territórios, as realidades espaço-temporais não determinadas pela rigidez das delimitações estatais, os nanoterritórios onde se inscrevem as resistências cotidianas e onde são criadas estratégias para lidar com as diferentes formas de sofrimento e vulnerabilidades sociais (Souza, 2015).

Em complemento às concepções de território apresentadas até aqui, avalio ser importante apontar o risco do vício conceitual da “coisificação” do território e a tendência de torná-lo sinônimo do seu substrato material. As fronteiras de um território, enquanto projeções espaciais das relações de poder, podem se alterar sem que haja necessariamente a alteração do seu substrato material (Souza, 2015).

Atualizando a pergunta inicial desta seção que nos interroga como o território passa a ser a clientela dos serviços psicossociais, proponho uma nova questão: No caso da Atenção Psicossocial, o que representa a conexão entre serviços e territórios? Dois atores devem ser considerados nessa resposta, são eles: trabalhadores e usuários. Essa conexão entre serviço e território pode ser representada pela interrelação entre as redes sociais dos atores que fazem funcionar os dispositivos de saúde mental e que pertencem diretamente ao aparato institucional das redes de atenção, e as redes dos atores que se colocam no entorno social da rede de atenção, cujo principal ator é o usuário referenciado aos pontos dessa rede. Um fator desencadeador para a constituição dessa conexão é o vínculo que se estabelece entre trabalhador e usuário.

A relação entre trabalhadores e usuários é o vínculo essencial que faz comunicar rede institucional e redes sociais. É importante destacar essa relação, em termos de forma e conteúdo. Com relação à forma das relações, esta é definida nas pesquisas sobre redes sociais a partir das características intrínsecas à relação entre dois indivíduos, que independe do contexto social, como intensidade, força e frequência das relações. Já o conteúdo relacional possui variações em razão de seus contextos. O pesquisador deve definir o conteúdo das relações que considera importante para seu problema. São exemplos de conteúdo relacional: relações de transação, relações de comunicação, relações instrumentais, relações sentimentais, relações de poder e autoridade, relações de parentesco e descendência (Fazito, 2002). Nesse sentido, a relação entre esses atores requer o contato “face-a-face”, interação que envolve corporalidade, emoções, afetos e racionalidade.

Processos de relacionamento pessoal que valorizam o potencial e a autonomia do usuário permeiam todo o campo da atenção psicossocial, proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim sendo, profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades relacionais que os aproximem da compreensão e do cuidado integral almejado. (Albuquerque et al., 2016, p. 2)

E o que são redes sociais? Num mundo em que reinam os “Gafa”⁵, o que, a princípio, não diz respeito diretamente ao modo psicossocial de atenção em saúde mental, faz-se necessária a apresentação da concepção de redes sociais presente neste trabalho.

1.3 Redes Sociais

*Se os nós forem desfeitos, a rede deixa de existir;
torna-se um emaranhado de linhas. Sua essência são suas ligações.*

(Vermelho, Velho, & Bertocello, 2015, p. 880)

Os estudos sobre redes sociais configuram um campo interdisciplinar de compreensão da organização e funcionamento da vida social, e de investigações de caráter

⁵ “A condição dos reinos dos Gafa (Google, Apple, Facebook, Amazon) é que os seres, os lugares, os fragmentos do mundo, permaneçam sem contato real. Onde os Gafa pretendem “vincular o mundo inteiro”, o que fazem é, ao contrário, trabalhar para o isolamento real de cada um. É imobilizar os corpos. É manter cada um recluso em sua bolha significante. O golpe de força do poder cibernético consiste em gerar, em cada um, a sensação de ter acesso ao mundo inteiro, quando se está, na realidade, cada vez mais separado” (Comitê invisível, p. 57, 2017).

híbrido para a compreensão de fenômenos sociais complexos. Há uma diversidade dos estudos sobre redes sociais que está presente em diferentes campos do conhecimento e mesmo dentro de um mesmo campo. Na Sociologia, por exemplo, podemos encontrar correntes com orientações metodológicas e epistemológicas distintas que, de um lado, propõem o uso do termo redes sociais limitado a uma metodologia estatística ou matemática, e de outro, o termo é utilizado de maneira normativa, ética ou valorativa (Caballero, 2005; Rivoir, 2006; Zancan, Santos, & Campos, 2012; Lazega & Higgins, 2014).

Uma distinção mais precisa entre correntes nesse campo se apresenta nas diferenças entre uma perspectiva mais “formalista” e uma perspectiva mais “relacionalista”. A primeira orienta-se pela sociometria, que enfoca a dimensão quantitativa dos fenômenos de rede, utilizando ferramentas aplicadas da matemática. Já a segunda tem por foco a dimensão relacional entre sujeitos e objetos no mundo como o ponto de partida para a compreensão da realidade social. Nesta última, encontram-se desde autores que defendem a ideia do “ator-em-rede” de Bruno Latour, até os pós-estruturalistas, como Pierre Bourdieu, com sua teoria dos campos e posições sociais, e Norbert Elias e sua sociologia das figurações (Fialho, 2015).

A produção brasileira sobre redes sociais teve como concentração temática, nos últimos anos, as questões e transformações econômicas, sociais e culturais (Vermelho et al., 2015). Estes autores apresentam que o perfil das pesquisas sobre redes sociais no Brasil está constituído com forte comprometimento social e alicerçada em teorias sociológicas e humanistas, diferentemente da produção estadunidense que privilegia o estudo sobre redes sociais nas interfaces com a tecnologia e o comportamento humano. Nesta última, destaca-se a tradição formalista que produziu um tipo de sociometria a partir da teoria psicológica de Jacob Moreno. A análise de redes e o estudo das coletividades se daria por meio desta sociometria, que deixou de ser técnica e se tornou um paradigma (Fialho, 2105).

O conceito de rede carrega significados ambíguos, o que, segundo Vermelho et al. (2015, p. 867) indica uma contradição do conceito:

Se por um lado, ele permite colocar em contato entes localizados em locais distintos, uma vez que a rede possibilita estabelecer “relações entre dois pontos, definição que está associada a estrutura de comunicação e transporte, por outro lado, o conceito também permite que seja utilizado em contextos os quais o que está posto é a limitação de movimentos e, portanto, a não comunicação.

Para estes autores o conceito de rede tem origem na natureza, como podemos constatar na estrutura da formação dos cristais de vidro compostos por silício e na conformação espacial e funcionamento do DNA. As imagens destas redes tornaram-se representações úteis para a constituição de modelos conceituais e matemáticos para o estudo de redes sociais em diferentes áreas do conhecimento. No caso da pesquisa dos autores citados, redes sociais digitais e seus usos na promoção de saúde. Uma das questões decorrentes dos resultados deste trabalho foi buscar compreender “qual foi a experiência que permitiu vincular o conceito-objeto rede à dimensão social, associando-o à organização coletiva dos sujeitos?” (Vermelho et al., 2015, p. 876). Considerando que nossa organização em sociedade tem por base um modelo fortemente hierárquico, e que o fenômeno das redes sociais digitais nos sugere a possibilidade de uma constituição horizontal das relações sociais, os autores apresentam mais uma contradição, nesse caso a experiência subjetiva entre as relações sociais digitais e aquelas que se dão na vida cotidiana.

Nos relacionamentos por meio das redes sociais digitais, é possível falar em compartilhamento, em coletividade de iguais; nos demais espaços, não é possível, pois na sociedade predomina a competição e o individualismo. A contradição se expressa, portanto, entre a experiência na sociedade, que é marcada por uma estrutura hierárquica, e aquela vivida nas redes sociais digitais, que é oposta à hierarquia. (Vermelho et al., 2015, p. 876)

Há controvérsias com relação a esta última contradição. De fato, nossa sociedade é profundamente marcada por uma estrutura hierárquica desigual no que se refere à distribuição de recursos das mais diversas naturezas. Porém, o mundo digital não está alheio, ou fora, desta estrutura marcada pela competitividade e pelo individualismo. Estudos que apresentam impactos da utilização das redes digitais em áreas como a Educação, a Ciência da Informação e a Comunicação, nos indicam exatamente o contrário, salientando o movimento de reprodução das formas sociais de dominação nas comunidades virtuais (Barreto, 2005; Silva, 2006; Simões, 2009). “A virtualização esconde novas relações de dominação, ainda obscurecidas nos escombros da sociedade que se desintegra para dar lugar à nova sociedade, manifestando-se mascarada no mito da liberdade total da cibercultura, e na anarquia do ciberespaço” (Souza & Costa, 2005, p. 112).

O contato entre pessoas é necessário para a vida em sociedade. Cabe compreender como essas conexões favorecem a comunicação e o movimento, ou a limitação e a reprodução.

Ao longo da vida, um indivíduo entrará necessariamente em contato com várias pessoas em sociedade e, a depender das motivações, participará de arranjos de convivência diferentes. Vinculamo-nos aos outros por meio de contratos ou pactos associativos, cujo material ligante está definido pela necessidade ou interesse comum. (...) Na medida de sua necessidade, esse indivíduo passa a requerer, seletivamente, os elementos de sua interação que representem uma fonte potencial de ajuda ou de recursos. Numa analogia, é como se fosse um tecelão a puxar, de um emaranhado, os fios que vão ganhar forma articulada e geralmente útil numa versão final de arte. (Landim, Nunes, Collares, & Medeiros, 2010, p. 528)

Na busca por interfaces e colaborações existentes entre campos, teorias e pesquisadores da Análise de Redes Sociais e do campo da saúde mental, os autores Landim et al. (2010), destacam as potencialidades das redes sociais na atenção em saúde mental.

Reconhecidas como estratégia ou modelo de auto-organização, as redes atuam no favorecimento da inserção da pessoa com transtorno mental em campos de sociabilidade mais amplos – tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, como também pelo importante auxílio no tratamento – com suporte nos dispositivos de solidariedade oferecidos pelos atores não inscritos no campo médico. É o caso de as terapias saírem do escopo medicamentoso exclusivo, passando o sujeito a ganhar espaço de participação no próprio tratamento, enquanto o lar das famílias, assim como a comunidade em geral, configura locus ampliados para o cuidado acontecer – e onde se localizam os agentes fundamentais na nova lógica de intervenção. A mesma autora escreve, ainda, que as redes de apoio emprestam luz ao tema dos modelos de intervenção em sociedades que, na realidade da pessoa com transtorno mental, denunciam esforços encetados para superar a situação manicomial (Landim et al., 2010, p.529).

De acordo com Borges e Faria (2017) o conceito de redes sociais está inserido no processo de reorganização da atenção em saúde mental. No entanto, a partir dos resultados

de pesquisa bibliográfica sobre redes sociais e atenção em saúde mental, os autores afirmam que

o trabalho na perspectiva de rede ainda precisa percorrer um longo caminho, tanto no plano acadêmico, na construção de subsídios teóricos, quanto no plano das práticas e cuidados, uma vez que se constatou a fragilidade das relações interinstitucionais e falta de formação específica e cultura dos profissionais para o trabalho na perspectiva de redes. (Borges & Faria, 2017, p. 170)

No campo da saúde mental identifiquei a presença das redes sociais a partir de duas perspectivas, todas elas mediadas pelo conceito de território que, como já vimos, é um conceito central para a organização da RAPS e para o planejamento das ações de saúde: a primeira é aquela que busca refletir sobre a função de apoio social das redes sociais dos usuários da saúde mental, seus cuidadores e familiares; a segunda refere-se aos trabalhos que discutem a articulação da sociedade civil na gestão da política, o que tem por pano de fundo os princípios da descentralização e da participação social que fundamentam a gestão das políticas de saúde e saúde mental brasileira, com estrutura normativa muitas vezes pré-determinada.

No campo da saúde de uma forma geral, as redes sociais têm sido consideradas redes de apoio social. Porém, cabe ressaltar, que nem toda rede social é sinônimo de rede de apoio social (Fontes, 2010). As redes sociais são pensadas como círculos sociais mais próximos do sujeito em situação de vulnerabilidade de saúde – geralmente formados por grupos sociais primários – cujos vínculos gerados são considerados dispositivos auxiliares no tratamento e ferramentas na reconstrução do cotidiano de vida dos pacientes. São “redes sócio-humanas” que não se ancoram na racionalidade instrumental do mercado ou do Estado e funcionam ao lado das redes “sócio-técnicas” e “sócio-institucional” (Martins & Fontes, 2008). O apoio social possui uma lógica própria que está ligada ao fenômeno do dom e da solidariedade, não substituível pela atenção fornecida pelo Estado (Fontes, 2007). Ainda segundo este autor, a existência do apoio social

é indispensável a uma prática adequada de cuidados a pessoas que mereçam atenção especial (doentes e idosos, por exemplo). A literatura sobre portadores de sofrimento mental é bastante clara a respeito: os benefícios do apoio social sobre a saúde física

e mental das pessoas não são aportados de outra forma a não ser a partir da complexa relação estabelecida a partir do vínculo ancorado do dom. (Fontes, 2007, p. 93)

Segundo Martins e Fontes (2008, p. 109), a dimensão social das “redes sócio-humanas” refere-se a um sistema mais amplo que funciona a partir da dádiva, possui regras próprias e deve ser respeitado e não administrado por instâncias externas, sejam governamentais ou não.

No campo da saúde mental, as pessoas com sofrimento mais intenso e/ou persistente tendem a ter importantes “fraturas relacionais”, tanto em decorrência do próprio adoecimento, como também das situações de internação, histórico de asilamento institucional e dependência de serviços de saúde (Muramoto & Mângia, 2011; Argiles, Kantorski, Willrich, Antonacci, & Coimbra, 2013). Há o empobrecimento de trocas afetivas e materiais, ocorrendo a dissolução de redes sociais antigas e novo reordenamento das redes pessoais. Nesse sentido,

estimar o tamanho da rede social e conhecer a qualidade das relações das pessoas com sofrimento psíquico se torna importante, na medida em que o amplo cenário de trocas materiais e afetivas pode favorecer a trajetória de reabilitação desses sujeitos, agindo como fator de proteção e suporte nos momentos de crise e diminuindo o fator de vulnerabilidade social produzido por uma rede social empobrecida. (Muramoto & Mângia, 2011, p. 2167)

As redes sociais podem agir como fator de acolhimento do sofrimento psíquico, de proteção e apoio social, de expressão da subjetividade e de exercício da cidadania às pessoas com sofrimento mental, diminuindo a vulnerabilidade social em que se encontram os usuários, através das trocas afetivas e materiais que essas redes proporcionam (Muramoto & Mângia, 2011; Argiles et al., 2013). Por essa razão, trabalhar com redes sociais nas ações em saúde mental tornou-se “prioridade operativa” (Muramoto & Mângia, 2011, p. 2167), ou ainda, segundo Fontes (2007, p. 96), um “instrumento central no tratamento”.

As redes que mais são mobilizadas para esse cuidado são aquelas mais próximas aos usuários e com quem compartilham o cotidiano da vida. Frequentemente observamos sobrecarga física e emocional dos cuidadores, que acabam, em muitos casos, também adoecendo, efeito das tensões existentes nas interações cotidianas face-a-face. Estas relações

costumam acontecer em frequência e intensidade maior do que as interações que se dão na rede institucionalizada, na qual as interações tendem a ser fugazes e mediadas por regramentos que ordenam o campo assistencial.

No que diz respeito às redes sociais dos sujeitos, com frequência as ações são voltadas para o núcleo denso da rede, ou seja, os laços mais fortes compostos pela família e amigos íntimos. Verifica-se que essas relações, no caso das populações vulneráveis, são passíveis de saturação, o que aumenta a possibilidade de que o indivíduo não encontre respostas para suas necessidades materiais, de informação e emocionais nesse grupo. Essa situação pode aumentar o estresse vivido pela rede e gerar percepções negativas por parte dos atores que a compõem. (Muramoto & Mângia, 2011, p. 2168)

Apesar do adoecimento possível de quem se dispõe ao cuidado, a inclusão das redes sociais no planejamento da atenção em saúde mental, para além de um “recurso técnico adicional”, é “um indicador ético e político que sinaliza a importância da mobilização de recursos locais para apoiar políticas sociais descentralizadoras e efetivas, a médio e longo prazo” (Martins & Fontes, 2008, p. 111).

As mudanças na relação entre sociedade civil e Estado e as diferentes funções e configurações que os movimentos sociais têm assumido na contemporaneidade, também são motores de um outro enfoque dos estudos sobre redes sociais. Estas também são consideradas como “recurso decisivo para permitir o avanço dos programas territorializados, que exigem envolvimento e participação ativa das populações locais” (Martins, 2008, p. 21). Os estudos sobre redes atendem “às exigências de complexificação da teoria social que parte de múltiplas necessidades práticas ligadas ao desenvolvimento de novas metodologias de intervenção e participação social” (Mângia & Muramoto, 2005).

Segundo Willian Castilho Pereira (2008, p. 303-304), até o início da década de 1970, poucos estudos foram realizados sobre as organizações da sociedade civil e suas ações coletivas. As pesquisas concentravam-se na análise do Estado e dos partidos políticos. A partir da década de 1970, há uma inversão fundamental nesse processo. Com o surgimento dos “novos movimentos sociais”, experiências de redes de relações horizontais e democráticas começaram a se multiplicar, gerando um olhar para as microrredes da sociedade. Essa inversão contribuiu no processo de redemocratização do sistema político, de “autonomia frente à política sindical e partidária fechada e ao Estado” (Pereira, 2008,

p. 137). As energias e os fluxos de desejos produtivos foram difundidos em vários e novos domínios, por meio de redes ou teias político-comunicativas cada vez mais heterogêneas, policêntricas e dispersas quanto ao espaço e à organização (Pereira, 2008).

De acordo com Gohn (2008), podemos categorizar os movimentos sociais em três tipos: movimentos identitários, movimentos de luta por melhores condições de vida e de trabalho, e os “novíssimos movimentos sociais”. Estes últimos são assim nomeados em razão da distinção de pautas, formas de mobilização e estrutura em relação aos movimentos clássicos. Os movimentos clássicos tratam de pautas mais relacionadas à luta de classes e possuem uma organização institucionalizada e verticalizada. Já os novos movimentos sociais atuam com pautas identitárias e buscam a organização em rede. Os novíssimos movimentos sociais utilizam de novas tecnologias de informação, para mobilização, as pautas são plurais e buscam a horizontalidade em sua organização (Santiago, 2016; Gohn, 2017; Perez & Souza, 2017). Uma outra categoria que se destaca nessa literatura é a formação de coletivos, formas não institucionalizadas e de menor dimensão em termos de mobilização social.

Scherer-Warren (2008) aponta que os espaços organizados em redes, como fóruns da sociedade civil e coletivos, têm sido espaços privilegiados para a construção de nexos políticos, pois possibilitam a tradução de demandas específicas e particulares em “ideários politicamente mais amplos” e inclusivos, criando uma identidade comum a várias organizações. Contudo, no mesmo artigo, Scherer-Warren (2008) – utilizando como referencial Mouffe (2003) – ressalta que, comumente, o encontro ou desencontro de códigos culturais, de interesses específicos ou de concepções ideológicas das diferentes organizações na rede são produtoras de tensões e conflitos internos nem sempre passíveis de superação imediata. Esse é exatamente o desafio de uma democracia plural que “valoriza a diversidade e o dissenso e não tenta estabelecer uma esfera pública a partir de sua eliminação” (Mouffe, 2003 citada por Scherer-Warren, 2008).

No campo da saúde mental, a constituição dos movimentos de usuários e familiares historicamente estão relacionados a iniciativas dos profissionais dos serviços. Segundo Eduardo Vasconcelos e Jefferson Rodrigues (2010a), em documento elaborado para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, o crescimento de associações e movimentos de usuários e familiares não tem acompanhado o processo de expansão da rede de serviços⁶.

⁶ No ano de 2009, o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) caminhou para a marca de 1.500 unidades no país. No entanto, o cadastro de associações, criado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental

Os autores apontam que os principais problemas da fragilidade desses movimentos no Brasil, e em outros países cuja cultura política é patrimonialista e hierárquica, estão ligados às suas bases econômica, política e organizacional.

Uma fonte clássica e eventual de recursos para as atividades são as coordenações de saúde mental municipais, estaduais e nacionais comprometidas com a reforma. Entretanto, como sabemos, para qualquer movimento social popular, a dependência contínua e regular em relação aos governos e ao Estado é conseqüentemente problemática. Outra estratégia tem sido utilizar as organizações corporativas dos profissionais, o que pode até mesmo constituir um avanço político para as suas respectivas categorias. Contudo, do ponto de vista do movimento, pode também apresentar vários riscos, particularmente se for centralizada em apenas poucas categorias profissionais. Isso gera dependência em relação aos recursos de seus aparelhos institucionais, centralização política nos principais detentores de cargos e lideranças, descolamento das bases do movimento e continuidade da concentração do poder nas mãos dos profissionais. (Vasconcelos, 2011a, p. 14-15)

Aqui cabe destacar que a participação social e política não deve se restringir apenas aos espaços formais instituídos. Em concordância com Costa e Paulon (2012), reafirmamos que é necessário, e urgente, reforçar o compromisso ético-político do modo psicossocial de atenção em saúde mental nos movimentos de resistência e criação da micropolítica, “buscando enfrentar a ambigüidade inerente a todo processo de institucionalização na perspectiva de que se encontrem 'novas saídas' para os riscos de enrijecimento próprios dos movimentos da vida” (Costa & Paulon, 2012, p. 577). Nesse sentido,

entendemos a participação social enquanto processo de afirmação de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias, embates e discussões que se dão no cotidiano do trabalho em saúde, tanto nos espaços instituídos formais, criados para que as pessoas participem levando suas reivindicações e delegando poderes, quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida de um usuário da saúde mental em um Centro de Convivência Diária, como efeito dos processos instituintes que aí possam se produzir. Um usuário, deliberando acerca das rotinas do CAPS na

à época, recebeu apenas cerca de 120 inscrições de associações de usuários e familiares (Vasconcelos & Rodrigues, 2010b).

Assembleia do Conselho Local, votando uma tese na Conferência Nacional de Saúde Mental ou definindo seu Plano Terapêutico com a equipe que lhe cuida na unidade de saúde, pode ter, do ponto de vista da micropolítica do processo de cuidado, a mesma potência transformadora de vidas. (Costa & Paulon, 2012, p. 576-7)

1.4 Território e redes sociais

O atendimento psicossocial é uma interferência consentida no cotidiano do habitante da pólis, afetado por sofrimento psíquico grave. Assim sendo, tal tipo de cuidado incide sobre uma rede social, uma interligação de subjetividades, um mundo num universo de mil mundos subjetivos e políticos.
(Delgado, 1996, p. 118)

O território, no caso da saúde mental, principalmente no polo simbólico, torna-se de fato algo que se incorpora no cotidiano dos serviços à medida em que destacamos as relações intersubjetivas que se configuram de maneira dinâmica entre os agentes do território. Estas redes, mobilizadas e mobilizadoras de afetos, se estabelecem sem a obrigatoriedade de se manterem em um determinado espaço. Os serviços psicossociais devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, portanto, dispositivos de constituição de redes. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades (Amarante, 2007, p. 69). Em pesquisa sobre avaliação de programas de saúde, Márcia Gomide e Michel Grossetti (2010) destacam que a rede interpessoal dos agentes institucionais é elemento fundamental para o sucesso ou para o desmantelamento de um serviço. Fazendo referência a autores como Gastão Wagner, Emerson Merhy e Rosana Onocko-Campos, Gomide e Grossetti (2010) afirmam a importância da integração da subjetividade ao agir racional, já que “a ação é um espaço de intervenção em um processo de intersubjetividades” (p. 876).

Em trabalho mais recente, Gomide e Rodrigues (2017) destacam a importância de investigar o contexto relacional dos profissionais para avaliar o desempenho de programas de saúde, pois a rotina do trabalho possibilita a formação de equipes ou grupos, configurando redes sociais. Os autores afirmam que as redes sociais,

mesmo imperceptíveis, podem ser mecanismos bastante eficientes para o funcionamento do processo de socialização, desde que exista atitude participativa e

não autoritária, favorecendo a comunicação entre seus componentes. Entretanto, é inevitável e mesmo necessário haver certo grau de dependência entre atores, cujo equilíbrio favoreceria o bom desempenho do programa, sendo este procedente dos laços. Laços fortes pessoais podem favorecer a estabilidade do programa, mas não impedem rupturas de ligações entre as pessoas. Rupturas podem resultar, dentre outros aspectos, de falta de confiança. A confiança entre os “pares” é a base para o estabelecimento de laços “saudáveis” em uma rede e sua ausência pode comprometer todas as relações. (Gomide & Rodrigues, 2017, p. 112)

No caso dessa pesquisa, constatou-se que os tipos de laços entre os profissionais (fortes ou fracos, pessoais ou profissionais) interferem nos fluxos de comunicação e nas tomadas de decisão na organização da gestão de um programa de controle da hanseníase em um município brasileiro. Além disso, os resultados da pesquisa apontam a necessidade de densidade da rede, ou seja, ser composta pelo máximo de ligações possíveis entre os atores, e de desconcentração do poder, para que os recursos sejam distribuídos de forma mais homogênea e sejam captados de forma mais direta. No momento em que a rede investigada se mostrou mais densa, observou-se melhora no desempenho do programa. Já no momento em que a rede social se apresentou rarefeita e com concentração de poder e ligações mais restritivas em grupo de atores considerados centrais para o programa, a avaliação dos indicadores de desempenho foi baixa.

Em pesquisa sobre a construção de uma rede de saúde mental num município brasileiro, Gustavo Zambenedetti e Claudia Perrone (2008) constataram que as conexões feitas no cotidiano de trabalho em razão de vínculos afetivos presentes entre os profissionais facilitaram a continuidade do tratamento dos usuários atendidos, a comunicação e a troca de informações na rede institucional. Os autores complementam que é importante “avaliar em qual medida o nível das organizações é dependente das relações interpessoais e em quais condições ela pode se libertar de tal dependência” (Gomide & Grossetti, 2010, p. 881). Estes afirmam também que

toda estrutura formal, ou organizacional, é composta por pessoas que constroem suas relações pessoais, as quais formam uma estrutura invisível, que é de rede social e suas relações interpessoais. (...) cada ator dessa rede, antes de ser um profissional, é um indivíduo que, na sua rede pessoal, a qual conforma a estrutura organizacional a

partir de um processo contínuo de autonomia (*découplage*) e dependência (*encastrement*). (Gomide & Grossetti, 2010, p. 882)

Teixeira (2004), ao tratar da humanização em saúde, apresenta a ideia de rede afetiva. Para o autor, o funcionamento das redes afetivas pauta-se pela ideia de acolhimento dialogado, confiança, “enamoramamento” e criação de vínculos entre as pessoas, sejam usuários ou trabalhadores. No acolhimento dialogado, o profissional abre-se para a experiência de compreender o outro, partindo da aceitação de sua singularidade e diferença. O autor afirma que “todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (Teixeira, 2003, p. 105).

Segundo Braga, Coimbra e Kantorsky (2012), em pesquisa sobre judicialização e atenção psicossocial, a produção de redes de trabalho afetivo na atenção psicossocial potencializa a produção do cuidado em liberdade, pois “é capaz de produzir outras redes, articulações, espaços formais e informais, mais flexíveis e condizentes com as realidades e modos de viver das pessoas” (p. 745). Dessa forma, reconhece-se a potência das relações que são produzidas e as microrredes que se compõem no interior das instituições. É exatamente o agir no cotidiano presente nos encontros físicos e de afetos que se constitui o trabalho afetivo.

“O trabalho afetivo revela as “práticas” que produzem subjetividade coletiva e acabam por produzir a sociabilidade e a própria sociedade, pois é entendido como capaz de produzir afetos, potencializar o engendramento de outras formas de comunidade, de biopoder e de redes sociais” (Braga et al., 2012, p. 740).

Antonio Lancetti (2010), em ensaio sobre o trabalho dos acompanhantes comunitários de residências terapêuticas e de agentes e enfermeiros atuantes na Cracolândia em São Paulo, tomando como referência Antonio Negri e Michael Hardt, afirma que “toda forma de trabalho que produz um bem imaterial, como uma relação ou um afeto, resolvendo problemas ou proporcionando informação, do trabalho de vendas aos serviços financeiros, é fundamentalmente uma performance: o produto é o próprio ato em si” (p. 96).

O autor reforça a importância de investir nos trabalhadores, em sua potência de cuidado, enriquecendo sua subjetividade e criando dispositivos de reflexão permanente da *práxis*.

A concepção de rede de atenção em saúde mental que geralmente reproduzimos no cotidiano é aquela “oficial”, organizacional, que considera os serviços de atenção psicossocial uma sub-rede das redes de saúde regionalizadas do SUS. Apesar dos constantes debates acadêmicos e técnicos, e articulações de rede nas diferentes instâncias de governo no intuito de desburocratizar o acesso e promover a integralidade do direito à saúde, o SUS apresenta um funcionamento que ainda reproduz a lógica piramidal e burocrática presente na cultura organizacional dos serviços no Brasil. Nessa lógica organizacional, “as dimensões econômicas, racionais e as precisões técnicas sobrepõem às dimensões humanas, culturais das experiências cotidianas dos cidadãos (Pereira, 2008, p. 294). Esta dinâmica obscurece as conexões das redes sociais e cria impasses nos fluxos de ação das práticas psicossociais.

Assim como a RAPS compõe os territórios, esta deve se permitir ser híbrida, se entrelaçar com as redes sociais ativas dos usuários e dos territórios a ela referenciados. O projeto de inserção social dos usuários de saúde mental está diretamente relacionado aos investimentos da rede de atenção na construção de redes sociais mais participativas e inclusivas nas diferentes realidades territoriais. O serviço só se ancora no território se se permite enredar com este. Enredar com o território é interrelacionar as redes sociais dos atores implicados na Atenção Psicossocial. “É desse território de vivência que importa se aproximar para que possa ser estabelecido o lugar do território, de fato, nos pressupostos ideológicos das políticas sociais brasileiras” (Koga, 2013, p. 41).

2 Metodologia

Toda vez que eu dou um passo o mundo sai do lugar.
(Siba, 2007)

Metodologia é, ao mesmo tempo, processo e produto de pesquisa, pois “o fazer alimenta o pensamento que mobiliza a arte de refazer diferente” (Hissa, 2017, p. 125). A construção metodológica de uma pesquisa é, portanto, um processo histórico e criativo, através do qual, resenhamos modos de fazer, a partir de nossas interpretações e formas de compreensão do mundo, que também são reinventadas nesse processo.

O plano metodológico, assim como todo um projeto de pesquisa, é um “roteiro que vai se fazendo enquanto se caminha e, como tal, interroga a própria ideia tradicional de roteiro” (Hissa, 2017, p. 54). O projeto é um “roteiro vivo” que, inicialmente, tem como um de seus componentes uma proposta metodológica imaginada, criada simultaneamente à definição dos objetos de pesquisa e, ao final, é também um dos produtos desse percurso. Nesta perspectiva,

Não há receitas para exercícios dessa natureza e, caso houvesse, elas seriam tão ramificadas, personalizadas, discutíveis quanto aquelas que se podem imaginar nos inexistentes *manuals de viver* - um conjunto de *modos de fazer* que incluem outros modos: de ser, de pensar, de ouvir, de expressar, de dizer, de não dizer, de compreender o mundo, de ver, de silenciar, de experimentar o mundo, de abordar o outro, de afetar, de se deixar afetar, de dialogar. (Hissa, 2017, p. 128)

O percurso metodológico desta pesquisa foi orientado por uma integração de métodos qualitativos, a saber: a abordagem etnográfica (Geertz, 2007; Viégas, 2007; Passos, 2009), embora não tenha sido uma pesquisa etnográfica propriamente dita; a cartografia proposta por Deleuze e Guattari, a partir de seus leitores Romagnoli (2009) e Kastrup e Passos (2013); e a Análise de Redes Sociais (McMarty, 2002; 2010; Molina, 2005a; Kadushin, 2012; Lazega & Higgins, 2014), mesmo não tendo sido possível concluir os mapas das redes sociais dos usuários entrevistados, o que será tratado no quarto capítulo.

O campo de pesquisa escolhido foi o conjunto de dispositivos do SUS que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município de Ipatinga/MG, local no qual realizei também minha pesquisa de mestrado (Barboza, 2009), que teve por objetivo investigar a integração entre a saúde mental e a atenção primária em saúde no âmbito municipal.

A pesquisa qualitativa tem por objeto “o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade”, uma dimensão da realidade que “não pode ou não deveria ser quantificado” (Minayo, 2012, p. 21). Por conta da imprecisão de seu objeto, que é construído ao longo do processo de pesquisa, na interação pesquisador-realidade, a pesquisa qualitativa ainda tem sido considerada, em espaços legítimos da instituição científica, inclusive dentro do campo das ciências sociais e da saúde coletiva, pouco objetiva, dotada de menor prestígio quando comparada às pesquisas de abordagens quantitativas, presumidamente mais rigorosas e geradoras de resultados mais fidedignos. A diferença entre as abordagens qualitativa e quantitativa da realidade social é de natureza e não de hierarquia e, embora essa diferença represente uma oposição, ela não define uma incompatibilidade entre ambas. Segundo Minayo (2012), “há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa” (p. 20).

Na tentativa de superar a dicotomia e a competitividade, muito presente nas instituições acadêmicas, do “qualitativo *versus* quantitativo”, os autores Bauer, Gaskell e Allum (2011, p. 24) apoiam-se em pressupostos que legitimam a pesquisa qualitativa, ao mesmo tempo em que reconhecem que a realidade social pode ser representada de diferentes maneiras, sejam numéricas ou não numéricas. Dentre esses pressupostos, destacamos: a) Toda mensuração do fato social depende da categorização do mundo social, ou seja, “é necessário ter uma noção das distinções qualitativas entre categorias sociais, antes que possa medir quantas pertencem a uma ou outra categoria”; b) Não há análise estatística sem interpretação, “os dados não falam por si mesmos, mesmo que sejam processados cuidadosamente, com modelos estatísticos sofisticados”; c) É necessária uma visão mais ampliada do processo de pesquisa social, para além da “lei do instrumento”, no sentido de um pluralismo metodológico. A estes pressupostos, acrescento a noção de precisão e rigor na pesquisa, apresentados pela cartografia como algo que acompanha os movimentos da vida: “a precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção (Passos, Kastrup, & Escóssia, 2010, p. 10-11).

O trabalho de campo é uma das principais etapas da pesquisa social qualitativa. Este “opõe-se (complementarmente ou não) aos *surveys* que trazem os sujeitos para o laboratório do pesquisador” (Minayo, 2010, p. 202), e tem como campo originário a Antropologia Social e as práticas etnográficas, campos nos quais a observação participante é apresentada como método principal de abordagem da realidade estudada. O processo de pesquisa se dá num contexto de relações intersubjetivas pesquisador-sujeitos de pesquisa,

resultando um produto compreensivo que não é a realidade concreta e sim uma descoberta construída com todas as disposições em mãos do investigador: suas hipóteses e pressupostos teóricos, seu quadro conceitual e metodológico, suas interações em campo, suas entrevistas e observações, suas inter-relações com os pares. (Minayo, 2010, p. 202)

Na abordagem etnográfica, o pesquisador deve buscar conhecer o quadro referencial simbólico dentro do qual os participantes da pesquisa interpretam suas ações, pensamentos, sentimentos, seu modo de agir e estar no mundo. “É um estudo de significado da vida diária” (Lima et al., 1996, p. 22). Já na cartografia, a investigação abarca a complexidade, “zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas” (Romagnoli, 2009, p. 169). Mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e a relação do pesquisador com seu campo, em contraposição às pesquisas científicas tradicionais. A centralidade do papel do pesquisador é destacada por Romagnoli (2009), “uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele” (p. 170).

Nesta perspectiva, a cartografia tem por pressuposto a natureza processual da construção do conhecimento e sua condição inseparável do movimento da vida e dos afetos. A implicação do pesquisador e a invenção compõem a base de sustentação do caminho metodológico cartográfico. Descarta-se, então, a possibilidade da ausência do autor no seu próprio texto, o que faz com que a pesquisa seja sempre autobiográfica, “lá estão o autor e sua visão filosófico-científica de mundo, no texto de sua pesquisa, nos seus argumentos, nos variados critérios que adota; lá está um recorte de sua vida” (Hissa, 2017, p. 60-1).

A cartografia é uma rota que propõe uma reversão metodológica caracterizada pela experimentação do pensamento (Passos et al., 2010). Os pontos de partida e de destino dessa rota “vão se descobrindo ou se fazendo ao longo do processo de construção da própria rota. Os textos de pesquisa, da mesma forma, são feitos desse *fazer rotas* ou desse *construir cartografias enquanto se fazem caminhos*” (Hissa, 2017, p. 26, grifos do autor).

O que a cartografia persegue, a partir do território existencial do pesquisador, é o rastreamento das linhas duras, do plano de organização, dos territórios vigentes, ao mesmo tempo em que também vai atrás das linhas de fuga, das desterritorializações, da eclosão do novo. Cartografar é mergulharmos nos afetos que permeiam os contextos e as relações que pretendemos conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe a estudar. (Romagnoli, 2009, p. 171)

Iniciei esta pesquisa de doutorado realizando estudo de caso do funcionamento da rede de atenção em saúde mental do município de Ipatinga/MG, focando a relação do modelo instituído de oferta de cuidado em saúde mental e sua interrelação com as redes sociais de usuários. Para esta tarefa, além da realização de entrevistas, observação participante e análise de documentos produzidos pela própria rede, revisei minha pesquisa de mestrado, concluída há quase dez anos. Isso se deveu ao fato de que, ao retornar a esta rede, observei que o modelo de oferta assistencial se mantinha o mesmo. A opção do município pela manutenção de aspectos de organização e de concepção da oferta de cuidado diferentes daqueles implementados na maioria dos municípios no Brasil, acabou gerando embaraços críticos para a assistência em saúde mental. O modelo de organização dos processos de trabalho e dos serviços da rede municipal, como ficou manifesto na produção dos dados desta pesquisa apresentados no terceiro capítulo, estava em colapso.

Por possibilitar a construção de problematizações da realidade abordada em diferentes dimensões, escolhi o estudo de caso para o desenho desta pesquisa. Ele não é uma técnica específica, mas uma “análise holística” que considera a unidade social estudada como um todo, as percepções dos diferentes atores participantes do fenômeno estudado e de suas correlações de força e relações de poder. A possibilidade de penetração e investigação mais profunda de uma realidade é maior no estudo de caso do que em estudos apenas estatísticos. Segundo Goldenberg (2005, p. 34), o pesquisador deve utilizar diferentes

técnicas buscando um número maior de informações, tendo por objetivo “apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto”.

Na tarefa de construir um plano comum que abarcasse a dimensão processual da realidade pesquisada, busquei destacar os temas e problemáticas que emergiram das experiências singulares dos atores implicados que foram acolhidas principalmente nas situações de entrevista. Apreendi nesse processo, para além da produção dos dados, o que os autores Kastrup e Passos (2013) nomearam como o sentido do cuidado no trabalho de pesquisa e a transformação da experiência do participante.

A pesquisa cartográfica coloca-se entre aquelas que afirmam a importância do interesse da ciência pelo que investiga, aceitando em contrapartida, o interesse próprio do objeto. A dimensão interativa ou participativa característica da experiência de “inter-esse” é revalorizada, o que confere ao trabalho da pesquisa um sentido de cuidado. O pesquisador sai da posição de quem – em um ponto de vista de terceira pessoa – julga a realidade do fenômeno estudado, para aquela posição - ou atitude (o ethos da pesquisa) – de quem se interessa e cuida. (Kastrup & Passos, 2013, p. 272)

A apresentação e a análise dos resultados foram divididas em duas partes, expostas nos capítulos 3 e 4, respectivamente. Uma primeira análise trata dos dados produzidos relacionados à institucionalização, organização e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Atenção em Saúde Mental do município de Ipatinga/MG e os aspectos desta organização que dificultam a interação desta RAPS com as redes sociais dos usuários nos processos de inserção social. Já a segunda análise trata dos dados produzidos relacionados às redes sociais de usuários da RAPS de Ipatinga/MG residentes em uma mesma regional de saúde de município.

Para elaboração da primeira análise, utilizei dados produzidos a partir de observação participante e registros em diário de campo, através da participação em reuniões do Programa Municipal de Saúde Mental ocorridas no segundo semestre de 2016 e em reuniões de ações dos serviços do CAPS local e da Unidade de Saúde da Família Esperança II, da leitura de atas das reuniões do Programa de Saúde Mental ocorridas no período dos anos de 2012 a 2016, da leitura de relatórios de gestão municipal dos anos de 2015 e 2016, e de entrevistas realizadas com quatro trabalhadoras (uma assistente social, uma terapeuta

ocupacional, uma psicóloga e uma enfermeira), com a coordenadora da saúde mental e com a coordenadora do movimento social Associação Loucos por Você.

Todas as entrevistadas foram minhas colegas de trabalho e de interlocuções no período em que atuei como técnica de referência em saúde mental na Unidade estudada, e como coordenadora do CAPS⁷. Em muitos momentos de entrevista, a interação se aproximou mais de uma conversa de antigos conhecidos, quando um fala junto com o outro, porém orientada por um roteiro.

Os trabalhadores que participaram das entrevistas são profissionais de nível superior que acolhem, acompanham, encaminham e compartilham casos com as demais equipes e profissionais. Os trabalhadores entrevistados nesta pesquisa estão lotados na Unidade de Saúde da Família Esperança II e no CAPS municipal. No caso da gestão, optei por entrevistar a coordenação municipal de saúde mental. Não foi possível, no período da pesquisa de campo, a realização de entrevista com profissionais médicos. Tive contato com apenas um profissional em campo que estava cobrindo demandas da unidade em questão. Muitos médicos haviam saído da rede na finalização do período de greve em que houve a exigência da Secretaria Municipal de Saúde do cumprimento da jornada de trabalho prevista em contrato por estes profissionais. Com isso, não encontramos nenhum psiquiatra na rede no momento da pesquisa. Havia apenas um psiquiatra com vínculo trabalhista ativo com a prefeitura, porém encontrava-se em período de férias-prêmio.

O roteiro semiestruturado das entrevistas com os profissionais foi sendo modificado ao longo da pesquisa de campo, movimento possível no percurso de uma pesquisa qualitativa de inspiração etnográfica e cartográfica (Apêndice A). Na interação com a realidade investigada, busquei reorientar constantemente as questões que norteiam a pesquisa, localizar novos informantes e realizar modificações no caminho metodológico (Viégas, 2007).

O *corpus* de análise privilegiado foi o conjunto das entrevistas transcritas na íntegra. As entrevistas dos trabalhadores, gestora e coordenadora da organização da sociedade civil apresentaram, de forma mais intensa e recorrente, as questões relacionadas à rede institucional que indicam condições de possibilidade para atuação junto às redes sociais dos usuários. Na análise realizei a categorização das principais temáticas e questões levantadas por cada entrevistado, assim como aquelas que foram recorrentes no conjunto de entrevistas,

⁷ Atuei na rede de Ipatinga (Minas Gerais) entre os anos de 2008 a 2010.

que contribuíram na apreensão de concepções e práticas relativas à interrelação entre RAPS, território e redes sociais nos processos de inserção dos usuários.

O processo de tematização das contribuições dos atores entrevistados foi guiado pelo princípio do *felt-meaning*, do “sentido intuído”, sugerido para a prática da tradução. Buscou-se, para além da preocupação com a forma, “movimentar sensações difusas, difíceis de descrever, mas ao mesmo tempo intensas e singulares. Podem ser embaçadas e possuir limites pouco definidos, mas são plenas de sentido” (Kastrup & Passos, 2013, p. 275). Para estes autores, o *felt-meaning*

trata-se de um entendimento corporal e que é capaz de produzir transformações. No caso da tradução de um texto, não seria adequado falar de um processo de transcodificação de duas línguas, que buscaria correspondências entre palavras e estruturas gramaticais. Traduzir é entrar em contato com a dimensão afetiva, intensiva, intuída e não verbal do texto. (Kastrup & Passos, 2013, p. 275)

O caminho metodológico escolhido para esta pesquisa não se configurou como “a busca da acurácia do conhecimento em relação aos fenômenos investigados”, e sim pela opção de “fazê-los vibrar, entrando em contato com o *felt-meaning* que marca aquela paisagem e move aquele território existencial” (Kastrup & Passos, 2013, p. 276).

A proposta inicial da pesquisa contemplou a utilização da metodologia de Análise de Redes Sociais (McCarty, 2005; Lazega & Higgins, 2014) e a representação dos sociogramas, através da utilização de software específico e ferramenta de visualização de rede (Molina, 2005b; Quiroga, Martí, Jariago, & Molina, 2005; Borgatti, 2002). Esta metodologia visa “reconstituir um sistema de interdependências, descrever a influência desse sistema no comportamento dos membros e as variadas maneiras que empregam para gerir essas interdependências e as formas adquiridas pelos processos sociais decorrentes dessa gestão: aprendizagens, solidariedades, controles sociais, regulações” (Lazega & Higgins, 2014, p. 5).

As interdependências sociais são avaliadas por meio do indicador “relações sociais”. Uma relação social é entendida, nesta proposta metodológica, “como um canal de transferência ou troca de recursos, bem como um engajamento intencional em relação a um ou vários parceiros de troca; engajamento inseparável do sentido da relação para os parceiros” (Lazega & Higgins, 2014, p. 6). A rede social é a representação do sistema de relações sociais e interdependências observadas. Para analisá-la, é necessário um

conhecimento etnográfico do meio estudado para que o uso das técnicas da Análise de Rede Sociais não se torne apenas um exercício formal.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que associam redes sociais e saúde mental, principalmente os estudos qualitativos, predominando os de cunho etnográfico (Landim, Nunes, Collares, & Medeiros, 2010). Para estes autores, os serviços da saúde mental instituídos com a Reforma Psiquiátrica são espaços férteis para a aplicação da Análise de Redes Sociais, uma vez que o tratamento neste modelo assistencial remete à ideia de uma rede tecida com fios amarrados em pontos, como o CAPS, o Centro de Convivência, a família, etc.

No que se refere à utilização dessa metodologia nesta pesquisa, percebi alguns incômodos e limitações pessoais, também observados pelos entrevistados, que me conduziram a adequações na proposta metodológica, conforme será relatado no quarto capítulo. Em termos práticos, os dados produzidos foram: quem são as pessoas que o usuário conhece e com as quais têm algum grau de convivência, assim como qual é o tipo, a intensidade e a frequência dessa relação. Nas entrevistas com os usuários, além do roteiro semiestruturado (Apêndice B), utilizei um roteiro complementar para a caracterização das redes (Apêndice C).

Foram entrevistados 14 usuários adultos, residentes nos territórios de abrangência da Unidade de Saúde da Família Esperança II. A proposta inicial foi entrevistar usuários cujos projetos terapêuticos singulares (PTS) tenham como objetivo principal a inserção social, a ampliação dos vínculos sociais e dos espaços de vida. Como não há a prática de registro do PTS pelos trabalhadores da atenção primária, apenas pelos trabalhadores do CAPS, consultei a psicóloga, referência técnica de saúde mental, que atende os usuários referenciados nesta unidade de saúde. Solicitei que ela indicasse usuários com os quais a rede estivesse realizando ações de inserção social. Alguns usuários eu havia atendido quando atuei na unidade, o que constatei na situação de entrevista. Eles não se lembraram de mim, pelo menos, não fizeram comentários a respeito disso. As entrevistas foram agendadas com o apoio desta psicóloga, que se mostrou aberta e participativa em todo o processo. O local escolhido para as entrevistas foi a unidade de saúde de referência dos usuários de modo a facilitar o acesso.

Todas as entrevistas ocorreram no mês de setembro de 2016 e foram gravadas em áudio com a autorização, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D e Apêndice E), e transcritas na íntegra.

Conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo A).

A Tabela 1 apresenta uma síntese das atividades de campo:

Tabela 1

Síntese das atividades de campo

	Reuniões do Programa Municipal de Saúde Mental ocorridas no segundo semestre de 2016	Observação participante e registros em diário de campo
	Reuniões do CAPS local ocorridas no segundo semestre de 2016	Observação participante e registros em diário de campo
	Reuniões de equipe da Unidade de Saúde da Família Esperança II ocorridas no segundo semestre de 2016	Observação participante e registros em diário de campo
	Atas das reuniões do Programa de Saúde Mental do município ocorridas no período de 2012 a 2016	Leitura
Análise 1	Relatórios de gestão municipal dos anos de 2015 e 2016	Leitura
	4 entrevistas com trabalhadoras da rede de saúde mental do município (uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma enfermeira)	Entrevistas com roteiro semiestruturado, gravadas e transcritas na íntegra
	Entrevista com a coordenadora municipal de saúde mental do município	Entrevista com roteiro semiestruturado, gravada e transcrita na íntegra
	Entrevista com a coordenadora do movimento social Associação Loucos por Você	Entrevista com roteiro semiestruturado, gravada e transcrita na íntegra
Análise 2	14 entrevistas com usuários da rede de saúde mental do município	Entrevistas com roteiro específico, gravadas e transcritas na íntegra

3 O Programa de Saúde Mental do município de Ipatinga/MG e as (im)possibilidades do trabalho com as redes sociais dos usuários

Vamos sair um pouco. Vamos conhecer a realidade ali de fora.
(Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Ipatinga/MG, 2016)

Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar os dados produzidos relacionados à institucionalização, à organização e ao funcionamento da rede de saúde mental do município de Ipatinga/MG e os impasses para a atuação desta junto ao território e às redes sociais dos usuários nos processos de inserção social. Destaco aspectos que estão em jogo para a efetivação de um cuidado integral e cidadão, ofertado por uma rede assistencial municipal formalmente constituída.

A proposta de instituição do modo psicossocial de atenção em saúde mental está histórica e ideologicamente relacionada ao movimento de reforma psiquiátrica que ocorreu no Brasil a partir do final da década de 1970, junto aos movimentos de redemocratização do país. O que se propôs, e efetivamente se fez, em experiências de fechamento de clínicas e hospitais psiquiátricos no final da década de 1980 e início da década de 1990, foram práticas de intervenção e organização de dispositivos territoriais de tratamento em liberdade para os egressos da institucionalização psiquiátrica e para as pessoas demandantes de atenção em saúde mental. Nessas experiências, se destacam o cuidado em liberdade e a luta pela garantia de direitos de cidadania e defesa dos direitos humanos da pessoa em situação de sofrimento mental, através da construção de formas inclusivas de sociabilidade e contratualidade social.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011a) reafirma o modo psicossocial, ao mesmo tempo em que contribui para a superação da fragmentação da atenção em saúde no SUS, assegurando ao usuário o atendimento de suas necessidades, na medida em que este acessa o conjunto de ações e serviços organizados em Redes de Atenção em Saúde e suas sub-redes temáticas (Brasil, 2011b). A RAPS, formalizada com a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, possui como diretrizes: 1) Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; 2) Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; 3) Combate a estigmas e preconceitos; 4) Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica

interdisciplinar; 5) Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; 6) Diversificação das estratégias de cuidado; 7) Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; 8) Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; 9) Participação dos usuários e de seus familiares no controle social; 10) Organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; 11) Promoção de estratégias de educação permanente; 12) Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011a).

Os objetivos da RAPS reforçam o direito à atenção psicossocial às pessoas em situação de sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, além de proporem a ampliação do acesso para a população em geral. A RAPS deve, ainda, “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (Brasil, 2011a).

Espera-se que o trabalho psicossocial amplie as possibilidades de comunicação e de constituição de redes de interação social dos usuários, transportando para fora do aparato institucional próprio da rede de saúde mental sua atuação e intervenções. Espera-se, ainda, que esta ampliação considere a qualidade dos vínculos constituídos, de modo a proporcionar a inserção social com vistas à autonomia, entendida como direito e capacidade de dar a si mesmo as suas próprias normas, em um processo de construção coletiva (Kapp, 2004; 2011). Nesse sentido, Passos (2006) afirma que “autonomia é a capacidade de apropriação, pela reflexividade, de nossa experiência de sujeitos e, também, a capacidade para transformá-la a partir de projetos coletivos, construídos eticamente com outros sujeitos” (p. 9-10).

A RAPS, de forma semelhante ao que os autores Martins e Fontes (2008), destacaram no processo de formação de redes de Vigilância em Saúde no SUS, considera a importância da participação da sociedade civil em sua formação. A densidade de capital social das redes sociais é “capaz de provocar processos organizativos importantes na esfera da sociedade civil, contrabalanceando os efeitos de dominação de uma prática de planejamento e intervenção tecnocrática e autoritária” (Martins & Fontes, 2008, p. 109). Porém, diferentemente de uma rede sócio-humana, cujos movimentos são mais marcadamente espontâneos, a rede de Vigilância em Saúde tem maior presença de instituições formais,

sobretudo o Estado e a Ciência, na sua constituição e funcionamento, o que também pode ser observado no caso da RAPS, conforme pistas desta e de outras pesquisas (Barboza, 2009).

A RAPS é um sistema de ação complexo e híbrido, formado pela articulação do Estado, da Administração Pública, dos governos políticos, das organizações não-governamentais, da instituição científica e do mercado, estes últimos muito presentes na produção de tecnologias em saúde e na indústria farmacêutica. Cada uma dessas instituições também pode ser representada em redes que atravessam o mundo da vida. É necessário pensar as redes assistenciais de políticas públicas em nível empírico, conhecer como essas redes se estruturam e funcionam no cotidiano, assim como quais são os pontos de estrangulamento que obstaculizam os fluxos potentes entre a rede institucional e a rede social.

3.1 A Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental do município de Ipatinga/MG

A Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde 3088, de 23 de dezembro de 2011, é conhecida em outros termos no município de Ipatinga/MG. No organograma da Secretaria Municipal de Saúde, a atenção em saúde mental é responsabilidade da Seção de Saúde Mental, subordinada à Diretoria de Atenção Especializada em Saúde. Esta seção conta com uma gerência central, de abrangência municipal, conhecida de forma corrente como Coordenação de Saúde Mental. O coletivo de trabalhadores entende e nomeia a junção dos serviços de saúde mental como Programa de Saúde Mental (PSM). O Programa foi constituído no ano de 2001 e seu modelo de oferta de atenção em saúde mental está centrado no trabalho de psicólogos, nomeados de Técnicos de Referência em Saúde Mental (TRSM), atuantes na Atenção Básica, mas que pretendem ser uma extensão ou braços do CAPS nos territórios. Como extensão do CAPS, a principal atividade de trabalho desses profissionais é o acolhimento aberto dos usuários residentes nos territórios referenciados às Unidades Básicas de Saúde. A forma de organização do acolhimento e da oferta de ações em saúde mental no município é bem peculiar e será tratada ao longo deste trabalho.

Conforme orientações da referida portaria, a RAPS deve ser constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção

hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. Em cada um desses componentes estão previstos os seguintes pontos de atenção (Brasil, 2011):

Tabela 2

Componentes e respectivos pontos de atenção, conforme previstos na Portaria do Ministério da Saúde 3088, de 23 de dezembro de 2011.

Componentes	Pontos de atenção
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio à Saúde da Família • Consultório na Rua • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro • Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos de saúde mental em Hospital Geral
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa • Programa de Desinstitucionalização
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares

Nota: Elaborado pela autora, a partir da Portaria do Ministério da Saúde 3088, de 23 de dezembro de 2011.

No município de Ipatinga/MG, encontramos serviços em quase todos os componentes de atenção propostos pelo Ministério da Saúde. À época da pesquisa de campo, porém, não existiam serviços nos componentes da atenção residencial de caráter transitório e das estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Estas últimas, na organização da RAPS, estão diretamente ligadas ao trabalho com as redes sociais. Os serviços desses três componentes têm como objetivos a promoção do cuidado integral às pessoas com sofrimento mental em situação de internação de longa permanência por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, e o desenvolvimento de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2011a).

A instituição da RAPS tem a intenção de imprimir na estrutura organizacional desta rede os princípios do modo psicossocial de atenção em saúde mental. Porém, no caso dos dois últimos componentes mencionados, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, há o risco de redução da potência de seus objetivos, caso estejam restritos apenas aos pontos de atenção neles contidos. Ou seja, estes objetivos devem guiar e compor os objetivos da assistência também nos demais pontos da rede, pois condensam marcadores da mudança do modelo asilar para o modelo psicossocial da atenção em saúde mental: autonomia e a liberdade.

À época da pesquisa de campo, a rede do município de Ipatinga contava com 21 Unidades Básicas de Saúde, local de lotação das equipes de saúde da família. Estas equipes são consideradas pela gestão de saúde mental como serviços protagonistas do cuidado em saúde mental na atenção básica e têm como fortalecedores os Técnicos de Referência em Saúde Mental (TRSM) (Prefeitura de Ipatinga, 2016). Os TRSM acompanham prioritariamente os casos mais graves de saúde mental e de uso abusivo de drogas, nas diferentes faixas etárias, buscando evitar a reincidência de crises. O acompanhamento de tais casos demanda disponibilidade e envolvimento desses profissionais, pois, além do acolhimento, são realizadas visitas domiciliares, grupos e oficinas terapêuticas, reuniões junto a equipes da rede intra e intersetorial, matriciamento, apoio aos cuidadores, supervisão de estágio, planejamento, organização e desenvolvimento de atividades de “socialização assistida” e articulação da rede (Prefeitura de Ipatinga, 2015; 2016).

Além das equipes de saúde da família e dos TRSM, a RAPS de Ipatinga conta com o matriciamento em saúde mental, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o Consultório na Rua (CR). O matriciamento em saúde mental é realizado por uma equipe de profissionais do PSM com as equipes das unidades de saúde, juntamente com os TRSM e demais equipes técnicas de serviços envolvidos nos cuidados dos casos a serem discutidos. Esse dispositivo tem por objetivo articular e apoiar o acompanhamento dos casos de saúde mental, através de discussões práticas e teóricas relativas à construção de casos clínicos e esclarecimento de dúvidas sobre medicação psiquiátrica, diagnóstico clínico e recursos comunitários.

As equipes de CR são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde de nível superior e médio, com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua, incluindo aquelas que fazem uso abusivo de drogas. Essas equipes desempenham suas atividades *in loco*, de forma itinerante,

em articulação com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com os demais pontos da RAPS.

As equipes do NASF atuam em 16 UBS, realizando atividades esportivas, atividades de orientação nutricional e de controle de obesidade e do tabagismo, intervenções em fisioterapia, dentre outras, em grupos ou individuais, para diferentes faixas etárias. As equipes do NASF são compostas por nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e educador físico e o encaminhamento é feito pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Embora os NASF não sejam componentes do PSM, em algumas regionais do município, suas equipes realizam atividades pontuais para os usuários do PSM, em conjunto com os TRSM.

Na atenção psicossocial especializada, conta-se com um CAPS II, que funciona de segunda à sexta-feira, de 08 às 18 horas. Em Ipatinga, o CAPS é nomeado de CLIPS em alusão ao objeto clips, que tem a função de agrupar, de reunir, mas sem prender. O termo também é reconhecido como abreviatura de “Clínica Psicossocial”. O CLIPS tem os seguintes objetivos:

Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais em situação de crise procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; prestar atendimentos em regime de atenção diária evitando as internações em hospitais psiquiátricos; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (Prefeitura de Ipatinga, 2016, s.p.)

O acolhimento no CLIPS funciona em regime aberto e o usuário que demanda o serviço é acolhido por um profissional de nível superior, exceto médicos, que se torna o técnico de referência do caso. A não participação dos médicos nesta ação é uma definição de gestão desde o início do Programa de Saúde Mental. A justificativa apresentada é o cumprimento de jornadas de trabalho menores pelos médicos, em comparação com os demais profissionais, seja em razão do contrato ou de acordos feitos muitas vezes diretamente com os secretários de saúde. Esta definição possui adesão, porém com críticas, dos demais técnicos de saúde atuantes neste serviço. Uma das questões levantadas pela equipe é a possibilidade do acolhimento se tornar momento oportuno para os usuários de solicitação de medicamentos, principalmente renovação de receitas, o que torna o acolhimento um “balcão de prescrição” em potencial.

O técnico de referência do caso é responsável por construir e acompanhar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto ao usuário e seus familiares. Várias intervenções são possíveis: atendimentos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas, cuidados em enfermagem, medicação assistida, atendimentos domiciliares, atividades de recreação e de socialização, cuidados de higiene pessoal, atendimento aos familiares e cuidadores, articulação com a rede no território, atividades de reinserção social, encaminhamentos, dentre outras (Prefeitura de Ipatinga, 2015; 2016).

No CLIPS funcionam três iniciativas de geração de renda, ainda muito incipientes no que tange ao seu objetivo principal, apesar da primeira delas ter começado no ano de 2008. Estas iniciativas são oficinas, nomeadas de Projeto Arte Sã, Projeto Florescer e Oficina de Culinária, que possibilitam a organização de usuários em espaços coletivos para produção e venda, em pequena escala, de trabalhos manuais, mudas de plantas e produtos de alimentação, respectivamente. Estes projetos compõem a Associação Mente Sã, formada e presidida por usuários com o apoio técnico de profissionais da rede, em especial assistentes sociais. Os usuários são encaminhados pelos TRSM das unidades de saúde e as ações possuem efeitos terapêuticos e de convivência. A Associação não possui registro de pessoa jurídica, o que dificulta a inserção no mercado de vendas. Além disso, não há amparo institucional e financeiro da gestão municipal para que as iniciativas se constituam e funcionem como estratégias contínuas de reabilitação psicossocial, conforme preconizado pela RAPS. Dessa forma, as atividades dependem de doações realizadas por profissionais e usuários.

Os casos graves, com necessidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas também são referenciados ao CLIPS. Entre 2008 e 2016, uma subequipe lotada no CLIPS foi a referência para o acompanhamento destes casos. A subequipe foi criada para realizar os atendimentos em caráter provisório, até a inauguração do CAPS AD do município, cuja proposta de criação existe desde 2008, quando novos servidores públicos passaram a compor o quadro de recursos humanos do Programa de Saúde Mental. A primeira previsão de implantação do serviço data do segundo semestre de 2009 (Barboza, 2009), mas até hoje ele não foi criado e a subequipe que era referência para esses casos específicos não existe mais. É importante ressaltar que o município atende aos critérios de referência para ter um CAPS AD III com funcionamento 24 horas (Brasil, 2012) e que, durante a realização desta pesquisa de doutorado, a gestão municipal reconheceu que a atenção dispensada não é adequada às necessidades deste perfil de público.

Com relação ao atendimento de crianças e adolescentes, o Programa de Saúde Mental conta com o Núcleo de Atenção em Saúde Mental à Criança e ao Adolescente, com o acolhimento na atenção básica pelo TRSM, equipes de saúde da família ou NASF. À época da pesquisa de campo, a equipe do Núcleo tinha como público-alvo os casos mais graves e complexos que demandam acompanhamento intensivo e multidisciplinar em estabelecimento apropriado para o público infantojuvenil. A atividade de matriciamento, ofertada para a rede de saúde e de outros setores como educação e assistência social, é desenvolvida pela equipe do Núcleo, formada por uma assistente social, uma fonoaudióloga, um psiquiatra infantil, duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional.

Na atenção de urgência e emergência e na atenção hospitalar, contam-se com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital Municipal Geral e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A UPA funciona com pronto atendimento 24 horas com livre acesso e recebe casos de risco de vida ou risco social grave que precisam de intervenções imediatas ou dos demais pontos da rede. Os usuários são conduzidos à UPA via SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar ou por familiares. No caso de internação, os casos são conduzidos ao Hospital Municipal de Ipatinga. É assegurada assistência 24 horas aos casos que necessitam de cuidados intensivos – crise aguda com necessidade de contenção física e medicamentosa –, principalmente no período noturno nos leitos de retaguarda. À época da pesquisa de campo, o hospital disponibilizava sete leitos para saúde mental, álcool e outras drogas que estavam em processo de habilitação de acordo com a Portaria 148/2012, do Ministério da Saúde. Para o acompanhamento destes casos, há uma equipe de referência dentro do hospital formada por psiquiatra, psicóloga, assistentes sociais, além da equipe de enfermagem. Quando os casos recebem alta hospitalar, estes são encaminhados para acompanhamento nos demais serviços de saúde da rede. Quando a rede municipal tem suas possibilidades de intervenção esgotadas, o encaminhamento é realizado para hospitais psiquiátricos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) em Belo Horizonte, capital do estado.

Além dos serviços anteriormente relatados, o município conta com a Associação Loucos por Você⁸, organização não governamental constituída por familiares e pessoas em

⁸ A Associação Loucos por Você, de participação ativa em congressos e fóruns ligados ao movimento de Luta antimanicomial, tem como fundadores Cirlene Godoy, mãe e esposa de pessoas com sofrimento mental, e Jairo Guerra, psicólogo ex-membro da equipe de saúde mental de Ipatinga. Cirlene acompanhou a vida de “internação em internação” de seus parentes, questionando-se sobre a necessidade de distanciamento dos familiares, uma vez que os hospitais psiquiátricos se localizavam em outras cidades. Na busca por alternativas de tratamento em sua cidade, no final da década de 1990, Cirlene iniciou a construção de uma rede de contatos

situação de sofrimento mental. Esta instituição oferta espaço e atividades de convivência, reflexão, formação e organização política dos usuários. Não é intenção deste movimento compor formalmente a RAPS aos moldes de um centro de convivência, apesar da associação atender a essa demanda, quando encaminhada pelos serviços.

Para analisar a interrelação entre a RAPS municipal, o território e as redes sociais dos usuários, tornou-se importante, ao longo da pesquisa, revisar a institucionalização e o funcionamento do Programa de Saúde Mental. Na análise documental do conteúdo das atas e das pautas das reuniões de equipe, nos anos de 2015 e 2016, e na observação participante, constatei que a recorrência da discussão sobre as tentativas de reconstrução dos objetivos do PSM, da função do TRSM e do acolhimento porta-aberta na atenção básica. Por consequência, o trabalho do CLIPS e do Núcleo de Atenção em Saúde Mental à Criança e ao Adolescente foi frequentemente problematizado, assim como a atenção aos casos relacionados ao uso de álcool e drogas. Observei muitas queixas dos trabalhadores, principalmente dos TRSM, de sobrecarga de trabalho, de sentimento de impotência frente à diversidade dos casos acolhidos, do “tarefismo”, das condições de trabalho e da insatisfação com relação ao modelo da oferta da atenção em saúde mental no município.

Percebi uma crise institucional ampla, tanto no âmbito da atuação técnica, quanto no exercício da gestão e das relações interpessoais entre técnicos e gestão. O desejo do coletivo de trabalhadores por uma atuação efetiva nos territórios e com as redes sociais dos usuários tornou-se um tema difícil de ser aprofundado nas entrevistas, talvez pela impossibilidade de sua realização no modelo de atenção instituído pelo município no período abordado pela pesquisa. Este modelo será explicitado a seguir.

3.2 O contexto de entrada em campo e as pistas da interação entre os componentes da RAPS

Minha inserção no campo de pesquisa se deu no segundo semestre de 2016, logo após um momento de forte mobilização dos trabalhadores da saúde, de uma forma geral, e da histórica adesão dos trabalhadores da saúde mental à greve municipal ocorrida naquele ano, apesar do clima de insegurança e do medo de retaliações por parte da gestão. A pauta principal foi a regularização do pagamento dos salários, do 13º salário e das férias.

que veio a se constituir como o movimento de luta antimanicomial da sociedade civil local (Guerra, 2005; Conselho Federal de Psicologia, 2003).

Percebemos, naquele momento, a aproximação de alguns servidores atuantes no Programa de Saúde Mental com o movimento sindical e, principalmente, entre si.

A emergência de uma mobilização, ainda tímida, dos trabalhadores do PSM para o debate sobre as dificuldades e impasses que estavam encontrando na prática, foi possível a partir de encontros e intensificação da comunicação entre os pares no movimento de greve. Nesses encontros, inicialmente motivados pelas questões trabalhistas que culminaram na greve, trabalhadores do PSM intensificaram a comunicação, principalmente entre os TRSM com os técnicos do CLIPS, fizeram um grupo no *Whastapp*⁹ e marcaram reuniões presenciais para discutir questões específicas do trabalho em saúde mental. Segundo uma psicóloga entrevistada, foi “na greve [que todo mundo] sentou e todo mundo conversou a mesma coisa. Aí, foi [constituído] um grupo”. Este grupo passou, então, a aprofundar o diálogo sobre as dificuldades vivenciadas enquanto servidores municipais e aquelas relativas aos impasses vivenciados na articulação entre serviços e equipes da saúde mental. Chegam à conclusão: “Desse jeito, não dá; como é que nós vamos fazer?” (Entrevista com psicóloga TRSM).

O sentimento expressado pelas pessoas que participaram da pesquisa foi de grande frustração com as medidas tomadas pelo governo local, do Partido dos Trabalhadores (PT) que, em décadas anteriores, havia conduzido a administração pública municipal no sentido da valorização do trabalhador, o oposto que os servidores estavam vivenciando ao longo deste último mandato. Soma-se a isso os acontecimentos políticos em curso no contexto nacional, desencadeados pelo processo de golpe político que destituiu o governo democraticamente eleito de Dilma Rousseff (PT). Este golpe foi produzido por setores conservadores da sociedade que forjaram propostas de emendas constitucionais e reformas, em atendimento a um projeto amplo de desmonte de direitos sociais e da democracia. Além disso, no caso específico dos trabalhadores do PSM, explicitou-se um sentimento ambíguo com relação à coordenação da saúde mental, ocupada por uma técnica e colega do Programa, indicada pelo coletivo de trabalhadores para a gestão há cerca de oito anos, mas que já não correspondia aos anseios de representação desse coletivo. Esse sentimento, de acordo com as entrevistas, também é compartilhado por outros profissionais da rede de saúde:

Vou ser sincera com você: parece que a coordenação da saúde mental perdeu mesmo credibilidade. (...) Quando eu cheguei lá, e vi que a coordenadora da saúde mental que ia ministrar a bendita da reunião, fiquei muito assustada assim, do nível de

⁹ Aplicativo para troca de mensagens instantâneas, utilizado em telefones celulares.

rejeição... Estávamos lá o PSF. (...) Acho que psicólogo mesmo, não tinha. Tinha era enfermeiro, assistente social, a equipe mesmo do PSF. De assistente social, acho que só tinha eu (...) Aí, eu fiquei preocupada com o nível de rejeição, assim: “Nossa, não ‘tô acreditando que a reunião é com essa coordenadora! Nossa, se eu soubesse, eu não tinha vindo!” (Entrevista com assistente social da unidade de saúde)

Além do estranhamento e tensão na relação com a gestão, percebi fraca integração entre os trabalhadores da saúde mental, o que repercute em grande medida na qualidade da articulação cotidiana entre as equipes e na condução dos trabalhos. Dois acontecimentos podem ser considerados analisadores dessa fragmentação interna do PSM, percebidos no período de inserção no campo de pesquisa. O primeiro foi a apresentação de um diagnóstico da saúde mental na atenção básica, encomendado pela coordenação a duas técnicas que, por meio de remanejamento, foram inseridas como TRSM no Programa. As duas psicólogas mencionadas fizeram parte do Programa de Saúde Mental em outro momento. Uma delas esteve no cargo de Diretora de Atenção em Saúde e teve papel importante na instituição do Programa de Saúde Mental no início dos anos 2000. A segunda fez parte do conjunto de trabalhadores que se inseriram na rede de saúde por concurso no ano de 2008. Esta permaneceu pouco tempo no cargo, pediu exoneração em razão da nomeação em outro concurso na capital, porém, em 2016, decidiu retornar através do processo de permuta.

O segundo acontecimento foram os processos disparados pela Secretaria Municipal de Saúde na ação recomendada pelo Ministério Público de desinstitucionalização de internos do Núcleo Assistencial Eclético Maria da Cruz (NAEMC) – Casa da Esperança, instituição pertencente a uma organização da sociedade civil de cunho religioso¹⁰. O NAEMC possui características manicomial e historicamente se constituiu como um empecilho para o movimento da luta antimanicomial local e para a gestão da saúde mental do município, por

¹⁰ No site institucional do NAEMC Casa da Esperança, a missão dessa instituição é apresentada da seguinte forma: “(...) assistir e abrigar pessoas com sequelas de paralisia cerebral, de diversas etiologias, totalmente dependentes de atividades de vida diária (AVD), na condição de abandonadas e/ou social e economicamente carentes. Pela necessidade do atendimento, fundamos o IEAS (Instituto Eclético Alma Saudável) que orienta jovens, viciados, marginalizados e todos aqueles que se dispõem a transformar-se, buscando a reeducação e promoção humana, bem como sua profissionalização, reintegrando-o à sociedade. Estes são encaminhados em sua maioria pelos juízes das comarcas, para prestação de serviços, pelo Conselho da Infância e Adolescência, pelos pais e até mesmo vêm por iniciativa própria, chegando alguns a residirem na casa, permitindo uma integração com os portadores de deficiências física e/ou mental, despertando em ambos a sensibilização e necessidade do convívio com o próximo, mostrando-se no decorrer do tempo mais tranquilos, disciplinados, responsáveis, menos agressivos e arredios”. Fonte: http://naemc.com.br/institucional_detalhes.aspx?cod=2. Acesso em 08/04/18.

ter forte aceitação da sociedade civil e apoio de setores privilegiados da política e da economia locais. Na década de 1990, no auge de deliberações por um centro de saúde mental no município, o espaço que seria destinado para a construção desse centro foi cedido para que esta organização religiosa construísse o estabelecimento que hoje conhecemos como NAEMC (Guerra, 2005). Ao longo dos anos, vários Termos de Compromisso de Ajustamento de Conduta foram determinados pelo Ministério Público e, mais recentemente, foi determinada a retirada de crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e pessoas em sofrimento mental que estavam internadas na instituição.

Neste último acontecimento, a maneira como a tarefa de levantamento das condições de acolhimento dos internos por suas famílias foi ordenada aos trabalhadores de saúde gerou resistência, com conseqüente negativa de atendimento a esta demanda, primeiramente pelos técnicos do CLIPS e, posteriormente, pelos técnicos lotados nas unidades de saúde. Além disso, podemos notar, conforme relatou uma psicóloga TRSM, que a ordem para a realização desta tarefa foi um acontecimento analisador da relação das equipes com a coordenação de saúde mental e, de forma mais aprofundada, da relação entre a equipe do CLIPS e o grupo dos TRSM.

O que conseguiu aproximar foi a greve, porque estávamos num momento extremamente delicado que foi a imposição do trabalho do NAEMC, né? Não foi discutido [com os trabalhadores] nem nada. Então, o CLIPS teve a possibilidade de [se] posicionar em relação a isso (...), no caso, [para] a não participação. E os técnicos [da Atenção Básica] não tiveram. Então, isso foi um marco na cisão desses dois lugares. Já estavam acontecendo diversos impasses, que até então estavam não ditos, mas estavam percebidos. (Entrevista com psicóloga TRSM)

Segundo a entrevistada, naquele momento ficou claro que existem diferenças importantes na organização e no posicionamento da equipe do CLIPS e dos TRSM frente à gestão, e vice-versa. A equipe do CLIPS, uma equipe mais coesa, pôde se posicionar e recusar as atividades de diagnóstico do processo de desinstitucionalização de internos do NAEMC. Já o grupo dos TRSM teve dificuldades em se posicionar em razão da fraca comunicação e pouca organização coletiva, justificada, inclusive por não estarem em contato cotidianamente, ao contrário da equipe do CLIPS. Os TRSM estão distribuídos nas unidades de saúde e se encontram presencialmente apenas nas reuniões do PSM, que também é aberta à participação dos demais atores do Programa. O acontecimento em destaque desvela a cisão

existente entre essas equipes. A condição de possibilidade para o diálogo entre as equipes aconteceu posteriormente, na greve: “(...) foi uma primeira apresentação. Um primeiro momento de conversa, mais próximo e, aí, mais clara e mais direta com os técnicos daquele... lá do serviço [CLIPS]” (Entrevista com psicóloga TRSM).

Já com relação ao diagnóstico encomendado pela coordenação às duas psicólogas “ingressantes” no Programa, percebe-se que, ao invés da otimização do momento de devolutiva para a construção conjunta entre equipe do CLIPS e TRSM da organização de oferta das ações de saúde mental em rede, este trabalho também foi feito de maneira fragmentada. O diagnóstico foi apresentado em momentos separados por serviços, perdendo o sentido para aqueles que mais se beneficiaram dessa pesquisa, que seriam os próprios trabalhadores, já que se tratava de abrir o diálogo sobre a atenção em saúde mental na atenção básica. Este tema certamente suscitaria questões do trabalho em rede do PSM.

Assim, mas ele [o diagnóstico] não foi discutido enquanto equipe como um todo, por essa cisão ainda, né? Que fica o programa de saúde mental técnico da atenção primária [de um lado], técnico de CAPS [do outro]. Então, assim, isso reforçou na hora da devolutiva (...) ela também foi feita, assim, separada enquanto um CLIPS uma coisa, conversa, e a conversa na atenção básica foi outra... Nesse momento, ele [o diagnóstico] solicitou a participação do CLIPS nas nossas reuniões [dos TRSM], porque tinha uns que se ausentavam [técnicos do CLIPS], uns faziam mais. E aí então muita gente saiu [do CLIPS]. Nesse momento a gente começou a solicitar [a presença de equipe do CLIPS], porque ‘tava dando entraves significativos nessa conversa (...). Aí, o CLIPS começou a participar novamente, mas aí não tivemos oportunidade de fazer nada com esse material também. (Entrevista com psicóloga TRSM)

3.3 Aspectos da organização, funcionamento e interação das equipes no processo de inserção do usuário na RAPS

As pistas com as quais me deparei durante minha inserção em campo revelam que, no cotidiano de trabalho do Programa de Saúde Mental, os dois principais grupos de profissionais, os Técnicos de Referência em Saúde Mental lotados nas unidades da Atenção Primária e a equipe do CLIPS, não se interagem de forma sistêmica e cooperativa. Esta “cisão” entre equipes é potencializada pelo modo de organização da oferta de atenção em

saúde mental vigente no município de Ipatinga/MG. Este modelo difere das diretrizes nacionais referentes à organização de processos de trabalho da rede de atenção em saúde mental que foram sendo instituídas ao longo do movimento da Reforma Psiquiátrica, em especial a partir de meados da década de 1990 e primeira década dos anos 2000. A rede local destaca como sua principal porta de entrada, dispositivo de atendimento e articulador de rede, o acolhimento ofertado pelos psicólogos lotados nas unidades de saúde. Estes, de forma experimental durante a segunda metade da década de 1990, e formalizada a partir dos anos 2000, passaram a destinar parte de sua carga horária diária¹¹ para o acolhimento aberto a qualquer pessoa que se dirigisse à unidade de saúde demandando atendimento com a psicologia e/ou com a psiquiatria.

3.3.1 O acolhimento em saúde mental na Atenção Básica de Saúde

Além da demanda espontânea, que pode ser direcionada por usuários das diferentes faixas etárias, chegam ao acolhimento dos psicólogos das unidades de saúde, por meio de ofícios, formulários, bilhetes ou comparecimento de agentes públicos as mais diversas solicitações, oriundas do setor público ou privado, tais como: a) laudos para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), para realização de cirurgia bariátrica, para realização de vasectomia, para obtenção de passe livre, para participação no Programa Mala de Recursos da Secretaria Municipal de Educação, para entrada em comunidades terapêuticas, para obtenção de desconto de impostos na compra de carros, etc.; b) requisição de serviços do Conselho Tutelar e outros órgãos do sistema de garantia de direitos, e relatórios para conselhos temáticos como o conselho do idoso, da criança e do adolescente; c) solicitação de relatórios pelas mais diversas especialidades médicas, inclusive com sugestão de avaliação, para troca ou retirada, de prescrição de medicamentos; d) solicitação de psicoterapia para casais e para crianças com dificuldades de aprendizagem ou déficit de atenção; e) solicitação de laudos neuropsicológicos e avaliações psicológicas de uma forma geral; f) contrarreferências de usuários desligados do acompanhamento no CLIPS, dentre outras demandas.

Em termos de frequência de apresentação dessas demandas, a psicóloga TRSM entrevistada comenta que a demanda espontânea é menor: “menor a [demanda] espontânea.

¹¹ A carga horária desses técnicos é de seis (06) horas diárias, perfazendo o total de trinta (30) horas semanais.

Menorzíssima casos muito graves. E grande volume: escola e especialidades e outros setores da própria rede”.

O acolhimento porta-aberta realizado pelos psicólogos TRSM é o eixo central dos processos de trabalho desse profissional e do próprio PSM. Observamos muitas queixas do excesso de casos que são acolhidos pelos TRSM, verbalizadas por esses profissionais, e por seus colegas.

É muita coisa desorganizada que queriam colocar pra eles [para os TRSM]: criança com transtorno... com autismo, né? Queriam passar, que não é fácil mexer com uma criança com autismo. Mais esses atendimentos, que são atendimentos individualizados, né? O atendimento dela [de uma TRSM] é individualizado. Ela escuta um por um, nenhum deles é menos de quinze minutos. Ela não tem um aporte, que é o do CLIPS. Sozinha, ela faz no peito e na raça. E não tem um público definido. Ela atende de 0 a 150 anos, o que chegar. (Entrevista com enfermeira do PSF)

Não sei se a [demanda por acolhimento] dos colegas é assim. Meio que todo mundo ficou em silêncio e meio concordando [na reunião], mas aquilo ali, assim, acho que até incomodou às vezes a [coordenadora de saúde mental]. (...) mas é que eu tentei fazer [uma lista de demandas que chegam ao acolhimento] segmentada pra visualizar o que é que é. (...) Isso funciona até pra entender por que ‘tá muito cheio e não ‘tá conseguindo atender tanta gente (...) que é o que a gente [os TRSM] tem falado muito, né? Tipo assim, ‘cê [entrevistadora] viu como é que tem o meu acolhimento né? Já quase além do horário, porque chega até esse horário [13h], ‘tá dando essa média, né? Porque hoje deu 14 pessoas. (Entrevista com psicóloga TRSM)

E acaba que o que é que era pra ser, aquele acesso super disponível para os usuários de saúde mental e para os casos graves de saúde mental ‘tá sendo totalmente tomado por todo o resto, todas as angústias, queixas sociais, familiares, contemporâneas, políticas, que seja! E, com isso, os casos graves mesmo ‘tão deixando de ser priorizados. (Entrevista com a coordenadora de saúde mental)

Este modelo de acolhimento em saúde mental acaba tomando a forma de um balcão de recebimento de queixas, com pouco potencial de tratamento das questões apresentadas, assim como de escuta, de articulação e encaminhamentos corresponsáveis. É confusa a inserção do TRSM na rede, uma vez que este profissional é lotado na unidade de saúde da

família e dispõe, portanto, de recursos, estrutura e organização dos processos de trabalho desse nível de atenção. No entanto, o TRSM assume funções da atenção psicossocial especializada que requerem uma outra organização institucional do trabalho para a oferta dos cuidados em saúde mental.

Eu falei: “Não. Mas, ‘pera aí! ‘Cês são atenção especializada ou ‘cês são atenção básica? Isso ‘tá meio perdido!”. Aí que eu fui perceber que ‘tá mais confuso. (...) nem vocês [TRSM] ‘tão conseguindo identificar o que é que ‘cês são na rede!”. (Entrevista com assistente social da unidade de saúde)

Identificamos, aqui, uma diferença fundamental para o acolhimento em saúde e em saúde mental propostos no SUS. O acolhimento, enquanto prática, deve possibilitar a construção de vínculo de referência e a corresponsabilização no cuidado com vistas à construção da autonomia. Acolher, em qualquer ponto da rede, requer escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores que garanta o acesso às tecnologias adequadas às necessidades dos usuários. O acolhimento é dispositivo importante na definição de prioridades de acompanhamento, a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco, ampliando a efetividade das intervenções. É uma tecnologia relacional que requer disponibilidade, objetiva e subjetiva, das equipes técnicas. Para tanto, é imprescindível que as equipes tenham momentos reflexivos, de troca de experiências, de construção coletiva de saídas para as demandas apresentadas e de educação permanente. Da mesma forma, é desejável que isso também aconteça na sua relação com os usuários, tomando como princípio a transversalidade, princípio que reconhece a possibilidade de diálogo entre as diferentes especialidades e práticas de saúde e a experiência daqueles que são assistidos e esse diálogo deve ser a base metodológica para o planejamento terapêutico (Brasil, 2010).

Se colocarmos a organização dos processos de trabalho em destaque, urge pensar que a oferta do acolhimento e a possibilidade de construção de vínculos, responsabilização compartilhada e autonomia, requer tempo e, em algumas situações, flexibilização da organização institucional dos processos de trabalho. A construção de um PTS, por exemplo, para além do preenchimento de instrumentais e sistemas, envolve escuta, diálogo, estabelecimento de compromissos mútuos entre técnico de referência, usuário, família e suas redes sociais. No caso dos psicólogos que atendem no formato de acolhimento porta-aberta nas unidades de saúde do município pesquisado, realizar esta prática de acolhimento, como orienta as normativas da política de saúde mental no país, tornou-se impossível.

No CLIPS existe [a construção do projeto terapêutico singular], já tem isso mais organizado porque eles fazem acolhimento, eles têm inclusive um formulário a ser preenchido, que é o projeto terapêutico do paciente, que é construído até com a equipe, né? Eles levam o caso, eles têm reunião clínica e montam um projeto terapêutico ali junto com a equipe. A Atenção Básica não tem esse formato. Ele acaba sendo recebido em acolhimento e qualquer conduta o próprio técnico toma ali mesmo, e isso não é formatado, com... sabe? Um registro do projeto, né? (Entrevista com psicóloga TRSM)

A organização do acolhimento e a garantia de presença do TRSM em reuniões de equipe nas unidades de saúde depende da estrutura física disponível e do remanejamento de horários do TRSM, que pode não ter essa disponibilidade, por conta de outros vínculos de trabalho e/ou questões pessoais. A gestão dessa organização deve ter participação de gerentes e coordenadores que, à sua maneira, direcionam investimentos diferenciados em cada unidade de acordo com o grau de importância que conferem ao atendimento interdisciplinar dos casos de saúde mental. Em último caso, fica como responsabilidade pessoal dos TRSM a realização dessa articulação interna para garantir, principalmente, a sua participação em reuniões de equipes. Em algumas unidades pode-se contar com o apoio da gerência imediata para autorizar e promover as reuniões de equipe com os psicólogos TRSM. Porém, no discurso da gestão, é o técnico que “tem que fazer”, é o técnico que “tem que procurar” e se organizar para participar. É “a fala que a gente escuta o tempo inteiro. (...) É isso assim: o técnico tem que ir fazer” (Entrevista com psicóloga TRSM).

Isso é uma falta porque, pra eu fazer isso [participar de reuniões de equipe], eu tenho que dobrar horário. Meu horário aqui é de manhã, e todas as reuniões de equipe são à tarde, aí tem que adequar... Então, o vínculo [jornada de trabalho] que a gente tem é difícil conseguir. (...) trazer a reunião de manhã, a gente já tentou. Então, eles [equipes de PSF] fazem comigo [reuniões] pontuais. Eu converso com a equipe o tempo todo, mas eu não ‘tô nas reuniões que eles fazem. (...) O meu [horário de acolhimento] é diferenciado assim [de 11h às 13h]. Esse horário meio onze é esquisito porque é uma questão da estrutura da unidade. Então, porque... por causa de espaço, de liberação de sala e tal. Mas os colegas fazem turno de 7h às 8h30, né? Começam... Conseguem fazer no início do dia. O meu é por uma especificidade da minha [unidade] mesmo, né? É da minha unidade. (Entrevista com psicóloga TRSM)

O acesso ao acolhimento em saúde mental pelos usuários, assim como o compartilhamento da responsabilidade pelo atendimento dos casos de saúde mental com as equipes de saúde da família, varia, pois depende da presença do psicólogo TRSM na unidade. No caso de unidades localizadas em regiões distantes da região central e/ou com menor concentração de famílias referenciadas – o que não quer dizer menor concentração de vulnerabilidades e riscos em saúde – a referência em saúde mental é realizada por TRSM que já atendem outras unidades de saúde. É o caso da psicóloga entrevistada, que é referência para duas unidades de saúde. Em uma delas, a psicóloga comparece apenas uma vez na semana e esta nota que em sua ausência, a equipe de saúde da família se responsabiliza pelos atendimentos dos casos de saúde mental.

(...) não sei se por ser menor e tudo, e não sei se tem a característica de eu ir uma vez por semana, a equipe [de saúde da família] acolhe mais os casos. Eles [equipe de saúde da família] fazem coisas [atendem usuários de saúde mental] durante a semana!
(Entrevista com psicóloga TRSM)

As solicitações das equipes de saúde da família podem vir diretamente dos agentes comunitários de saúde, sem a necessidade prévia de que este profissional apresente o caso primeiramente à sua equipe de pertencimento, o que obriga o TRSM a realizar esta articulação posteriormente, uma espécie de retorno do caso à própria equipe de referência em saúde, gerando uma inversão da referência primária que se espera do trabalho das equipes de saúde da família. No caso do acolhimento de pessoas em situação de sofrimento mental pelos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família, este sempre é encaminhado, ou antes “conversado” com a TRSM, cuja avaliação será determinante para a conduta com relação ao caso.

Como existe a [psicóloga] como referência, a gente sempre encaminha pra ela ver qual é que vai ser o parecer dela, inclusive o médico [encaminha]. Faz esse link com ela, encaminha pra ela, vê o que é que ela acha, o que é que vai ser... qual é que vai ser... qual vai ser o caminho, é a propedêutica... Tudo é feito meio assim com o aval dela, entendeu? (Entrevista com enfermeira do PSF)

Geralmente, [o encaminhamento do caso] é em conversa mesmo. Chega e... Eu atendo uma paciente, por exemplo (...) Quando ela ‘tá em surto, eu chego pra [psicóloga]: “A [usuária] ‘tá em surto!”. Às vezes eu vejo que ela ‘tá em surto pelo

próprio *Facebook*, porque eu tenho o *Facebook* dela, eu vejo quando ela ‘tá acessando demais as redes sociais de páginas que eu nem sabia... Foi até através dela que eu vi que existiam páginas de redes sociais que ‘tá ensinando o suicídio, mostra fotos de pessoas... Deu muito aqui... Eu achei muito. Duas adolescentes que se cortavam, né? Aquelas adolescentes que se cortavam, aquela coisa da *gillette*, do estilete que elas usavam também pra cortar... Então, eu vi que ela ‘tava acessando muito esse site. Aí, eu vi que a mãe dela, ao mesmo tempo, a mãe dela veio e me procurou, porque ela se, já ‘tava se... já ‘tava se flagelando de novo, entendeu? Então, assim, nesses contextos assim, já chega e já falo com ela [psicóloga]. Não tem um encaminhamento, assim, burocrático, por escrito, não. Eu falo com ela: “[psicóloga], atendi uma pessoa assim, assim, assim hoje!”. Às vezes, como sou eu que acolho, eu às vezes falo: “[psicóloga], atendi um paciente assim, assim, assim... ‘Cê acha que pode ser o quê?”. Então, eu já converso direto, porque aí até mesmo pra eu saber o que é que eu vou fazer: se eu passo pra ela ou se passo pro [médico], entendeu? Tem muitos pacientes que eu faço isso. (Entrevista com enfermeira do PSF)

Ao dizer sobre a forma como encaminha os usuários para a TRSM, a enfermeira relatou uma maneira curiosa, porém cada vez mais inserida no cotidiano das pessoas, que é o uso de redes sociais para monitorar sinais de alteração no quadro de usuários atendidos. No caso dessa unidade, é comum o uso de *WhatsApp* e *Facebook* para contato com usuários, além do uso do próprio celular para a realização desses contatos. As entrevistas com os usuários e com as trabalhadoras para esta pesquisa, por exemplo, foram marcadas e confirmadas por meio de aplicativo. Segundo as técnicas, não há um celular institucional da unidade de saúde do qual as equipes possam fazer uso quando necessitam. Por um lado, a acessibilidade pessoal, a qualquer tempo, pode facilitar o processo de cuidado, ampliando as formas de comunicação entre trabalhador e usuário, por outro, pode dar margem a prática de vigilância, a um controle biopolítico da vida das pessoas. Estes novos dispositivos tecnológicos e sociais podem contribuir para uma interação entre trabalhador e usuários que não se restringe apenas ao contexto da intervenção especializada, porém é importante que os profissionais fiquem atentos e promovam a reflexão caso a caso do que está sendo (re)produzido por meio dos contatos constantes e imediatos por meio da utilização da internet e aplicativos de redes.

Nos casos de encaminhamentos de equipamentos de outras políticas setoriais, o acolhimento dos usuários se dá por meio de encaminhamento dos mesmos aos Técnicos de Referência em Saúde Mental, sem necessariamente ter sido encaminhado anteriormente à equipe de referência em saúde da família. Uma outra forma é o encaminhamento por ofício ou outro documento similar, como aqueles dos conselhos e órgãos de garantia de direitos que, em muitos casos, demandam busca ativa.

A sobrecarga de trabalho advinda do acolhimento em saúde mental é destacada como dificultador do contato entre profissionais numa mesma unidade, observada pelos colegas de outras formações. Estes relataram “apatia” e “paralisia” dos profissionais de saúde mental e classificaram como “desumano” o excesso de atendimentos feitos pelos TRSM:

Eu ‘tô vendo elas [psicólogas TRSM] muito sob pressão. Mas, ao mesmo tempo, ‘tô vendo elas extremamente apáticas... Não sei se estão paralisadas... Na verdade, o que eu penso hoje é que precisa reconstruir esse caminho, né? E eu conseguia visualizar no início, quando eu entrei aqui, um caminho, né? Tendencioso a caminhar avante mesmo, né? Numa concretização de alguma coisa, que ia levar em algum lugar. Hoje, eu não consigo ver. (...) Aqui, eu tive muito pouco contato com a técnica de referência, mas eu vi ela muito assim, parecendo que ‘tá presa, engessada... “Ah, não! Aí, eu não dou conta!”, “Daqui pra frente, eu não vou!”, entendeu? Aí, não sei onde isso se perdeu, não sei te falar. (Entrevista com assistente social da unidade de saúde)

Eu acho desumano isso com ela [psicóloga TRSM], entendeu? Eu acho, assim, que, às vezes, ‘cê vê que a pessoa quando ela sai sem energia, suga aquilo, suga aquilo dela, entendeu? Então, eu acho angustiante. Eu acho que eu trabalho demais. Eu acho que eu trabalho demais, mas eu acho que ela vai mais que eu, por causa do tipo de serviço. Porque o meu, se chegar um paciente, igual essa semana chegou pra mim, eu identifico se o paciente está tendo o AVC e encaminho ele pra onde ele tiver que ir. Acabou pra mim ali. Pra ela [psicóloga TRSM], não. O paciente retorna uma, duas, três vezes, e atrás dele vem a família, vem o amigo, vem o vizinho, porque ela é boa profissional, então, vão criando sequência. Então, assim, eu acho que aqui não existe um meio de vazão pr’esse paciente. É tudo concentrado demais. (Entrevista com enfermeira do PSF)

Segundo Merhy (2013), o trabalho em saúde mental é de alta complexidade, pois, além de “desinterditar a produção do desejo” e “gerar redes inclusivas”, este deve se constituir como “gerador de novas possibilidades anti hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano” (p. 216). Atuar em saúde mental é algo “trabalhoso”, que captura o trabalho vivo no momento de sua produção. O trabalho humano empreendido na assistência em saúde mental deve propiciar a produção de vida, suportando as relações dos vínculos e das transferências, criando redes intersubjetivas, através do “contato físico, com presença e firmeza e fundamentalmente sem clausura” (Lancetti, 2007, p. 108). A complexidade da atenção em saúde mental na perspectiva deste autor considera a intensidade dessas redes que se formam e se reconfiguram a partir dos agenciamentos e efeitos emergentes da clínica peripatética no território (Bueno, 2016).

Em algumas situações, torna-se mais fácil reduzir as possibilidades de intervenção à renovação de prescrição de medicação, conforme relatado por uma entrevistada:

E aí o médico, ele não quer se haver, porque dá trabalho, né? Porque revisar uma medicação, por exemplo, no intervalo [de uso] que [o usuário] teve na vida, você tem que medir, ir vendo, fazendo, né? O desmame, trocando, porque a gente sabe que o Haldol Decanoato é medicação de contenção. Como é que o mesmo paciente ‘tá usando essa medicação há dez anos? Não se tentou outra coisa por quê? (...) Aí me dá a sensação de que era mais confortável pra equipe manter do que... Porque é muito trabalhoso! (Entrevista com assistente social da unidade de saúde)

Avalio que a atenção em saúde mental hoje ofertada pelo SUS, a partir do caso do município estudado, cria mais condições de possibilidade para a atuação de técnicos “burocratas de atendimento”, e menos de trabalhadores antimanicomial. Tal constatação remete à existência de contradições fundamentais na estrutura e funcionamento das políticas públicas, desde o planejamento orçamentário à entrega dos serviços ao cidadão usuário; desde o concurso público à ausência de iniciativas de espaços de reflexão e formação aos trabalhadores. Soma-se a essas contradições, a demanda por acolhimento de uma cadeia complexa de sofrimentos vivenciados por aqueles que buscam acolhimento e cuidado na rede pública. O “burocrata de atendimento” faz o fluxo de atendimento andar, “toca o cotidiano”. Já o agir antimanicomial consiste em uma prática social, cultural e política que requer um fazer coletivo, solidário, experimental, peripatético (Merhy, 2013; Lancetti,

2007), que pode ser falseado, ou pouco produtivo, quando apreendido pelo que Cecílio (2007) nomeou de “trabalhador moral”.

O “trabalhador moral” é aquele trabalhador que faz uma adesão automática aos conceitos e aos modos de organizar a assistência e a gestão em saúde formulados por gestores, militantes e/ou intelectuais engajados no movimento de reforma sanitária, o que, por si só, imprimiria a noção de justiça, democracia e participação nos conceitos e modos de atenção formulados. Estes trabalhadores seriam “folha em branco”, prontos a colocar em prática as diretrizes normativas e de gestão, o que os aproximam à noção funcionalista de “recursos humanos” da teoria da Administração Geral (Cecílio, 2007).

O autor destaca que há sempre uma margem de liberdade e autonomia em toda ação humana, porém, é importante refletir se “os trabalhadores se utilizam de sua liberdade para reproduzir instituídos que, muitas vezes, são a reprodução de formas de se fazer o cuidado que, exatamente, pensamos em transformar” (Cecílio, 2007, p. 347). O que queremos com essa reflexão é destacar a importância de conhecer como os agentes do cuidado lidam com as diretrizes oficiais e gerenciais da política. Um exemplo emblemático que reforça a importância dessa reflexão é o trabalho de Penido (2015), que apresenta uma contradição institucional na prática do apoio matricial em saúde mental em um município mineiro¹². Os trabalhadores do apoio matricial “se tornaram tão instituídos no fazer que se esqueceram da horizontalidade própria da metodologia matricial” (Penido, 2015, p. 253), a qual, dentre outros objetivos, busca implementar uma lógica do compartilhamento da atenção em saúde mental pautada na transversalidade dos saberes e na democratização da gestão.

3.3.2 O acolhimento no CLIPS

No caso da RAPS de Ipatinga, de forma inversa ao número alto de acolhimentos realizados pelos TRSM, as entrevistadas referem-se a um baixo número de usuários efetivamente acolhidos pela equipe técnica do CLIPS. Um dos elementos que compõem essa discrepância quantitativa de acolhimento percebida pelos técnicos é decorrente da prática instituída e muito defendida historicamente por gestores e técnicos do PSM, de que a acolhida dos usuários de saúde mental deve ser realizada pelos psicólogos TRSM e, só após

¹² A pesquisa da autora constatou que a incorporação oficial do apoio matricial em saúde mental na política de saúde e sua “exaltação” como dispositivo produtor de mudanças não garante a apropriação da proposta pelos trabalhadores envolvidos (Penido, 2015).

a triagem do caso por este profissional, o usuário deve ser encaminhado para o CLIPS. A avaliação do caso pelo TRSM seria, então, pré-requisito para o atendimento no CLIPS. Apesar dessa orientação ter sido combatida, inclusive com nota de repúdio elaborada por movimentos sociais¹³, e revertida ainda nos primeiros anos de funcionamento do CLIPS, efetivamente este ainda é o funcionamento do acolhimento dos usuários pela rede:

Imaginário ou não, paciente escutava lá [no CLIPS]: “Pra você vir pra cá, você tem que vir com o encaminhamento do técnico da atenção básica!” (...) Isso não entrou nem uma, nem duas, nem três reuniões, foi mais de uma vez, então a gente não ‘tava falando de um serviço de porta aberta, né? (Entrevista com psicóloga TRSM)

Não obstante a avaliação dos TRSM sobre a necessidade de inserção dos usuários no CLIPS, a equipe deste serviço tem recusado de forma recorrente o acolhimento de encaminhamentos.

(...) no CAPS não teve essa crise do acolhimento de ‘tá insustentável, muito porque são os colegas da ponta [TRSM] que ‘tão acolhendo, né? E essa crise começou, assim, pelo excesso, mas também por começarem a questionar isso [os TRSM]: “Uai, a gente acolhe lá na ponta, lá na atenção básica e manda pra cá [CLIPS]. Chega aqui, o técnico fala que não é aqui não, que não é pra cá não, não é para o CLIPS. Aí contrarreferência de novo. Ué, nós não somos a extensão do CAPS [os TRSMs]? Ué, eu já avaliei!”. (Entrevista com a coordenadora de saúde mental)

Foi em um momento de reflexão coletiva entre serviços da rede de atenção em saúde local que teve como objetivo a criação de um protocolo de atendimento de urgência e emergência a usuários de saúde mental, que os TRSM conseguiram verbalizar publicamente o incômodo com o não acolhimento de usuários no CLIPS encaminhados por eles. À medida que a equipe do CLIPS defendeu, na reunião, que não era necessária nova avaliação dos casos encaminhados por ela para internação hospitalar, já que consideram o CLIPS uma unidade para atender as situações de usuários em crise psiquiátrica, portanto, de urgências

¹³ “Os participantes do II Encontro Nacional da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial reunidos em Goiânia no período de 28/06 a 01/07/07 repudiam a forma como o CAPS de Ipatinga tem funcionado, ou seja, de porta fechada, não atendendo pacientes em crise aguda em regime de permanência-dia. O município deve rever com urgência a forma de funcionamento e o gerenciamento do CAPS, conhecido na cidade como CLIPS. Goiânia, 1º de julho de 2007”. Disponível em: http://www.osm.org.br/view_noticia.aspx?id=51 (Barboza, 2009).

em saúde, os TRSM questionaram porque a equipe do CLIPS também recusa atendimento aos usuários avaliados e encaminhados por eles para inserção no CAPS, uma vez que os TRSM são extensão do CAPS, da atenção especializada em saúde mental. No barco da discussão sobre a recusa de internação pela UPA e pelo hospital de casos encaminhados pelo CLIPS, os TRSM marcaram a similaridade da relação de recusa da equipe do CLIPS de inserção de casos encaminhados pelos TRSM. A elaboração do protocolo de atendimento de urgência e emergência para usuários de saúde mental foi também um analisador da interação entre essas equipes de saúde mental.

Eles [TRSM] já tinham isso, mas não sistematizaram em pergunta, questionamento, porque talvez ‘tava enquanto essa coisa inquestionável, suponho eu, mas numa apresentação do protocolo de urgência e emergência, porque a porta da UPA e do hospital, né, tem lá o Manchester [protocolo], tem lá a avaliação deles se entra ou se não entra. Aí, eles [técnicos do CLIPS] foram e questionaram isso. “Pô, mas se o CLIPS ‘tá mandando, o CLIPS também é da rede de urgência e emergência”. “Se o CLIPS ‘tá mandando, por que é que vocês vão mandar de volta? Nós já avaliamos!” e tal. No que questionaram isso, a atenção básica virou e falou assim: “Uai, o CLIPS também faz isso aqui com a gente! Nós já avaliamos na ponta e mandamos e vocês mandam de volta!”. Então, a porta do CLIPS sempre foi muito estreita, e ela se permitiu ser estreita porque a porta da atenção básica ficou escancarada, né? (Entrevista com a coordenadora de saúde mental)

Mesmo nas situações em que o TRSM faz contato telefônico e discute sobre algum encaminhamento de caso que deseja realizar, tal procedimento não tem sido garantia de acolhimento do usuário no CLIPS, conforme indica uma entrevistada:

Engraçado que, individualmente, com um técnico, por exemplo: um técnico de lá [do CLIPS] acionar aqui [TRSM ou equipe de saúde da família], fazer uma ligação pra falar que vai mandar o caso, ou então perguntar de algum caso, (...) parecia que ‘tava OK isso. Mas, por exemplo, é na hora que a gente ia pedir algum tipo de suporte [ao CLIPS], e aí um caso aparecia lá, só falava [o CLIPS] que era pra voltar [para unidade de saúde]. (...) a gente não encontrava com eles [equipe do CLIPS] em reunião, então a gente não tinha outro tipo de [interação]... a não ser essa busca, né? Por fazer o contato telefônico, que a gente faz, e aí, até que nesse momento, isso parecia

tranquilo. Na hora que virava algo enquanto serviço, eles sentiam isso de uma outra maneira, uma porta fechada, uma... um... um não apoio pra quem 'tá aqui na retaguarda. Então, é até esquisito, porque, na hora que você fazia esses contatos, você até sentia isso acontecer [retaguarda, apoio], mas, na hora que isso representava um serviço, a gente [TRSM] não tinha essa mesma percepção, não tinha esse mesmo tipo de suporte assim, sabe? (Entrevista com psicóloga TRSM)

Apesar dos impasses relatados no processo de acolhimento de usuários no CAPS municipal, há outras possibilidades de interlocução deste serviço com o trabalho desenvolvido pelos TRSM. Um exemplo mencionado pelas entrevistadas é o encaminhamento de usuários para participação no projeto de geração de renda que utiliza o espaço do CLIPS para o desenvolvimento de suas atividades. Apesar de serem poucos os encaminhamentos, esta articulação entre CLIPS e TRSM tem aproximado equipes e usuários.

E eu também busco apoio do serviço [do CLIPS] de maneiras diferentes. O que é que acontece? A gente 'tá com um projeto de geração de renda. Ele acontece dentro do CAPS. Ele não são pra casos do CAPS, mas ele 'tá acontecendo lá dentro do CAPS (...) Então, o que é que acontece. Às vezes, 'tá lá: ela [usuária] usa o espaço da permanência dia, mas não é permanência dia; isso aí é o... projeto que 'tá usando ali aquele espaço. (...) E acontece outros casos também que, às vezes, o paciente, fazendo acompanhamento aqui comigo e tal, acontece alguma coisa, né? Traz demanda dele, é acolhido aqui. Porém, no atendimento, apresenta alguma vulnerabilidade, algum risco pra ele mesmo. (...) Nem são, assim, psicóticos. Às vezes, não. Às vezes [é] um caso que 'tá numa crise subjetiva mais intensa, que 'tá com pensamento de autoextermínio intenso; eu recorro e procuro o serviço que pode em algum momento participar de algum... algum momento da permanência dia pra ficar num ambiente protetivo, porque às vezes a minha cobertura de tempo aqui não... não possibilita. Aí, eu acordo lá [com o CLIPS], as meninas [técnicas do CLIPS] recebem assim também. (...) como eles [usuários] 'tão lá dentro, eles começam a conhecer a equipe também. (...) Então, é nesse sentido que acontece também esse estado [do usuário] em dois [serviços]... e outros [usuários] que estão lá só com o médico e 'tão aqui comigo. Só no atendimento médico [com psiquiatra do CLIPS] e 'tá aqui comigo. (Entrevista com psicóloga TRSM)

3.3.3 A interação da RAPS com o território e as redes sociais

A dificuldade em ofertar atenção de forma equitativa nos territórios circunscritos às unidades de saúde é uma outra questão que remete à atenção compartilhada entre equipes de saúde e os TRSM. Apesar da avaliação de que há territórios que demandam a oferta de ações diferenciadas ou mais intensivas, em razão das diversas vulnerabilidades vivenciadas pelo público atendido, não há a incorporação deste tipo de levantamento no planejamento das ações de saúde mental.

Entrevistadora: Eu ‘tava dando uma olhada naquela planilha que você mandou também dos casos, né? A maior parte dos casos são da equipe verde, assim. ‘Cê acha que tem uma questão de território ou é uma questão de, sei lá, vínculo aqui...

Entrevistada: De território. Lá, é área de muita vulnerabilidade social, econômica. Inclusive, assim, em conversas aqui, porque são de casos complexos, difíceis, aí...mas aí eu acho que, nesse sentido, por questões do território, da microárea mesmo. Lá é a área mais difícil.

Entrevistadora: E tem algum tipo? Vulnerabilidade de uma forma geral que ‘cê tá dizendo?

Entrevistada: Geral.

Entrevistadora: E tem ações específicas por conta disso, assim...?

Entrevistada: Não. Maria Aline, me incomoda demais, porque a gente sabe disso, a gente não consegue... O que é que a gente vai fazer com essa área que eles têm uma coisa muito difícil? E, assim, mais difícil, mais difícil acesso, até o lugar são lugares assim, de difícil acesso. Tem lugar que carro nem sobe, para no meio do caminho, ‘cê tem que, tipo, termina de subir os bequinhos, umas escadinhas... até o acesso é difícil. (...) a gente percebe que isso ‘tá acontecendo, mas não tem nada específico. Assim, as ações são iguais. (Entrevista com psicóloga TRSM)

O uso do diagnóstico socioterritorial para subsidiar o planejamento das ofertas assistenciais de políticas públicas tem sido uma ferramenta de gestão importante, principalmente no processo de implantação de serviços e de priorização das ofertas aos cidadãos organizadas em planos setoriais e intersetoriais (Koga, 2016). Observamos, a partir do relato da entrevistada, que este tipo de ferramenta não se encontra acessível aos

trabalhadores da ponta, aqueles que atuam na oferta dos serviços em contato direto com os usuários. Se não acessível ao trabalhador enquanto um produto, muito menos ainda enquanto partícipe do processo de sua elaboração. Percebe-se a reprodução, ainda muito arraigada em nossa cultura organizacional, da hierarquização entre os que planejam e os que executam, entre os trabalhadores de ponta e os de gabinete e, não menos problemático, entre quem atende e quem é atendido, entre técnico e usuário. Além disso, destaco a naturalização do distanciamento entre a gestão pública e a realidade vivenciada no cotidiano do trabalho e no cotidiano do território. Uma discrepância entre o chão e a gestão (Koga, 2016).

Na perspectiva da autora, precisamos inverter a lógica tradicional do planejamento da assistência das políticas sociais. O território deve ser prioritariamente o ponto de partida e, secundariamente, o ponto de chegada, superando a noção de território “apenas como cenário dos acontecimentos” e “lugar de intervenção pública”, e construindo a ideia de território conforme proposto por Milton Santos, como “ator, à medida do seu uso” (Koga, 2016, p. 9). O território como ator seria um dispositivo potente na desconstrução da prática comum na gestão pública de divisões do solo muitas vezes incompatíveis entre os diferentes setores. Cada secretaria define sua área de abrangência, a partir de indicadores construídos a partir das especificidades das suas ofertas, sem a articulação necessária para constituição de um território comum de atuação, cabendo ao cidadão submeter-se e adequar-se a esses “desencontros cartográficos” (Koga, 2016, p. 11).

No caso da rede estudada nesta pesquisa, as trabalhadoras sugerem a importância desse tipo de olhar para o território como um orientador para o planejamento de suas intervenções cotidianas e para o dimensionamento adequado das equipes de saúde mental na Atenção Básica, considerando a atual concentração dessas ações no profissional de psicologia lotados nas Unidades de Saúde da Família:

Primeiro, eles [gestão] têm que fazer um levantamento de tudo que tem na área, quem são esses pacientes, como esses pacientes estão vivendo, pra poder ver e montar, não só um profissional, mas uma equipe multidisciplinar pra fazer esses atendimentos, entendeu? (Entrevista com enfermeira do PSF)

Integram as ações dos TRSM aquelas relacionadas à função de referência técnica para as equipes de saúde, para a rede intersetorial e para a comunidade de uma forma geral. Isso significa que, se há a necessidade de discutir algum caso de saúde mental, fornecer alguma orientação, participar de algum evento ou reunião que tenha relação com a saúde

mental, é este profissional que será acionado em sua região. Os TRSM também realizam visitas domiciliares, ações coletivas e outras atividades que julgarem necessárias no acompanhamento dos casos de saúde mental. As atividades coletivas, como mencionaremos à frente, na concepção dos atores locais e na literatura, estão relacionadas à ideia de inserção social e construção de autonomia (Rauter, 2000; Reis & Zanella, 2015).

Um dos dispositivos promotores da interlocução intersetorial citado pelas entrevistadas é o matriciamento em saúde mental (Campos & Domitti, 2007; Cunha & Campos, 2011). Para aqueles mais estudiosos e praticantes da prática do apoio matricial em saúde mental, conforme normativas e seus embasamentos teóricos, suspeito a ocorrência de algum estranhamento. Digo isso porque o apoio matricial em saúde mental é, ao mesmo tempo, dispositivo de gestão e metodologia de trabalho do SUS que visa à desconstrução da lógica do encaminhamento e instituição da lógica de compartilhamento do atendimento aos casos de saúde mental entre equipes de saúde da família e equipe de especialistas, nomeados apoiadores. Dessa forma busca diminuir a fragmentação da atenção, potencializar a corresponsabilização do cuidado, a valorização da interdisciplinaridade e a regulação das sub-redes do SUS.

O apoio matricial tem ainda um objetivo pedagógico de contribuição dos especialistas no processo de construção da autonomia das equipes de saúde família por meio de encontros de discussão dos casos, visitas e atendimentos compartilhados. Espera-se que este apoio seja realizado numa relação horizontal, dialógica, democrática, de compartilhamento também das decisões e planejamentos dos processos de trabalho (Penido, 2015).

A implantação do matriciamento no município de Ipatinga advém da transformação da preceptoria em saúde mental (Barboza, 2009) em apoio matricial, motivada pela formalização deste dispositivo na política oficial de saúde (Brasil, 2008; 2009). É importante ressaltar que o matriciamento em saúde mental no município nunca foi realizado pelas equipes do NASF, apesar da legislação dar essa direção. A gestão fez a opção de oferecer esta prática a partir do Programa de Saúde Mental, sugerindo trabalhadores do CAPS para comporem a equipe de apoiadores.

A ênfase dada pelo PSM, desde a origem, foi à dimensão pedagógica do dispositivo matricial e não à sua perspectiva de apoio assistencial direto, o que não quer dizer que os atendimentos compartilhados não aconteçam ou não devam acontecer. Este modo de funcionamento do matriciamento confere com a organização da assistência especializada do

CLIPS, que apresenta certa recusa a ser apoio assistencial, ou mesmo retaguarda, para os TRSM, como vimos até aqui.

Uma característica que marca as primeiras práticas nomeadas de matriciamento no município é a oferta de apoio não só às equipes de saúde da família, mas também para equipes de outras políticas setoriais como Educação, Segurança Pública e Assistência Social. Dessa forma, o matriciamento em saúde mental em Ipatinga contribuiu para a articulação intersetorial no cuidado em saúde mental (Abrantes & Barboza, 2010). Entretanto, a partir da fala das entrevistadas, pode-se observar que esta prática perdeu seu potencial de articulação e compartilhamento entre as equipes de saúde ao longo dos anos:

Antigamente era melhor essa interlocução, sabe? A gente participava mais dos matriciamentos. Hoje, já deve ter, sei lá, dois, três anos que eu não sou, sequer, comunicada desses momentos. Então, eles vêm, mas eles também não têm vindo com muita coisa escrita, não, sabe? Encaminhamento, referência, contrarreferência. (...) Eu acho que, assim, essa relação ‘tá meio desconstruída aí, sabe? (...) Eu não vejo circular, não. (Entrevista com assistente social da unidade de saúde)

Considerando o efeito da articulação intersetorial que o matriciamento propiciou, pelo menos nos primeiros anos de sua prática, a análise da coordenadora da Associação Loucos por Você chama a atenção. A entrevistada reforça a importância de envolver outros atores no espaço da roda, da discussão dos casos, da construção de alternativas de cuidado aos usuários:

Eu critico um pouco, às vezes, o matriciamento, que eu acho tanta frieza, tanta distância das pessoas. Eu acho que o matriciamento não é pra isso, é pra envolver outras pessoas, envolver o vizinho, envolver o pastor da igreja, envolver quem faz parte ali, né, da história dessa pessoa. E aí o que chega até mim, porque a gente não deixa de saber, a gente tem informação. É um da associação que ‘tá com problema na unidade de saúde. “Ah, vamos discutir o caso!” Claro que é necessário e tem que discutir, mas eu acho que tem que ter mais agilidade. (...) Eu acho que isso é ser flexível, é ser sensível. (...) Matriciamento com as pessoas que convivem, que estejam dentro daquele... do contexto, da história ali, que participe mais, que chame o dono da padaria, o pastor da igreja, o vizinho. (...) essas pessoas, muitas vezes, com certeza, a família conhece às vezes muito mais do que a pessoa que atende uma vez

no mês, a cada dois meses, né? (...) é importante o matriciamento sim, desde que não fique só naquela discussão ali, mas que acompanhe mais, entendeu? (Entrevista com a coordenadora da Associação Loucos por Você)

Ainda que não seja possível no espaço mesmo do dispositivo matricial, como está estruturado, destaca-se a necessidade do reconhecimento do papel dessas redes na capacidade de cuidado em saúde mental.

3.3.4 Atividades coletivas, geração de renda e inserção social

A noção de inserção social presente no Programa de Saúde Mental de Ipatinga está relacionada à realização de ações coletivas nos territórios, de geração de renda pelos usuários e de trabalho com grupos nos serviços. Além disso, no contexto pesquisado, trabalhar com redes sociais é o mesmo que atuar no território com vistas à inserção social.

No caso das ações coletivas o que se observa é a precariedade de recursos e secundarização deste tipo de iniciativa com relação ao acompanhamento individual de monitoramento sintomático. Sem a priorização por parte da gestão, os trabalhadores pontuaram as dificuldades no desenvolvimento dessas atividades:

Infelizmente, nós não temos apoio da administração com as demandas dos grupos operativos, aí, o tempo todo, ‘cê tem que ‘tá fazendo uma rifa, campanha disso, campanha daquilo, arrecadando dinheiro, material, e eu acho que chega uma hora que a gente meio que cansa. (Entrevista com terapeuta ocupacional do CLIPS)

No caso das ações de geração de renda, além dos questionamentos com relação à ausência de investimento financeiro público, as trabalhadoras entrevistadas apontaram a necessidade de profissionais especializados para este tipo de atuação. Percebo, ainda, uma disputa entre diferentes concepções e entendimentos com relação ao *locus* na rede para o acontecimento deste tipo de ação. Há uma intensa preocupação por parte dos técnicos, por vezes anti-produtiva, em “encaixar” os projetos de geração de renda no nível de atenção em saúde mais adequado, e também que seja de responsabilidade dos técnicos cujas profissões estão mais direcionadas a esse tipo de atuação.

Estes questionamentos tomaram os espaços de reunião e de construção coletiva das equipes, em especial a do CLIPS, gerando desgaste na dimensão relacional entre os colegas e com a gestão.

A gente até tem discutido isso: qual o lugar de um projeto de geração de renda, né? (...) quando a gente tem um centro de convivência, talvez seria lá, ou talvez teria que estar na atenção primária... 'Que a gente 'tá repensando, na verdade, todo projeto... todo programa, né? E pensar que aqui [CLIPS] é o lugar da crise, enfim... A gente avançou nisso, porque, se eu ficasse presa nisso, a gente não ia fazer, né? Teve questionamentos no início, obviamente, né? (...) Eu acho que é uma coisa que tem que acontecer, que a gente tem que oportunizar. Mas a gente 'tá precisando organizar melhor isso, entende? A associação [de usuários para geração de renda]. Eu não sou boa nisso, não. Eu sou... eu sou ali da prática, do fazer, 'tô ali tentando buscar os recursos pra produção mesmo, e hoje a gente 'tá sem assistente social aqui; acho que isso faz muita falta, porque eu acho que isso é muito do serviço social, esse engajamento assim mais, né? Sabem fazer mais do que a gente. (Entrevista com terapeuta ocupacional do CLIPS)

É de longa data a discussão sobre a divisão das ações a serem realizadas por cada profissional nos serviços de saúde mental do município pesquisado. O debate e as tensões no cotidiano sugerem que os técnicos desejam executar na atuação no campo da saúde mental coletiva as atribuições exclusivas de suas profissões ou, se não exclusivas, aquelas que compõe as representações sociais de cada profissão. Além das ações de geração de renda, grupos e assembleias com familiares, são tradicionalmente endereçadas ao profissional do serviço social; já o acolhimento é realizado por todos os técnicos de nível superior de saúde, exceto médicos. As visitas domiciliares ainda são recusadas por psicólogos e psiquiatras, e o acompanhamento dos usuários em permanência dia são endereçados aos terapeutas ocupacionais e equipe de enfermagem. As atividades coletivas de uma forma geral, assim como o acolhimento, não costumam ser realizadas por médicos generalistas, nem psiquiatras.

Apesar do pouco envolvimento dos atores da rede no planejamento e na execução das ações de geração de renda, e do baixo retorno financeiro para os usuários, a entrevistada avalia que a atividade deve continuar a ser realizada, pois

no momento, é uma questão mais estrutural, né? Mas, igual, eu acho que ‘teve um momento da questão das concepções mesmo, da percepção dos técnicos, né? Porque, na verdade, assim, Maria Aline: quando a gente pensa num projeto de geração de renda como algo que gera renda, ‘cê pensa... ‘cê foca na renda. ‘Cê fala assim: “Poxa, o que é que a gente está oportunizando pra eles?”, porque dez reais, quinze... hoje em dia, chegou a fazer fatiamento de vinte reais, né? ‘Cê fala assim: “Isso é muito pouco! Isso não é nada!”. Por outro lado, quando você começa a distribuir, que você vê os relatos, fala assim: “Nossa! É cinco reais que eu precisava pra poder pagar minha conta de luz, que ‘tá três meses... três atrasadas!”, aí você fala: “Gente, ‘cês não entendem que dinheiro que é esse, de que nível de miséria que nós ‘tamos falando, de necessidade!”. E várias vezes assim: (...) “veio do céu hoje, porque eu tenho que... era dez reais que eu tinha que pagar a tomografia que eu vou fazer, e eu não sabia de onde eu ia tirar.”. Então, assim, tem a questão financeira, que eu acho que a gente precisa melhorar; talvez isso sendo uma coisa mais estruturada, talvez teria a possibilidade de fato ser. Mas, quando você olha questão de geração de trabalho, aí você amplia muito mais a... a extensão que um projeto desse vai ter, né? Porque você ‘tá dizendo de um sujeito que tem limitações, que não consegue se inserir no mercado de trabalho formal, e que ele passa a ter um compromisso social... Que ele consegue produzir algo com as próprias mãos, e esse produto tem um valor de mercado, ainda que desvalorizado, né? (Entrevista com terapeuta ocupacional do CLIPS)

A condição concreta de vida de muitos dos usuários atendidos na rede pública de saúde mental é de pobreza e insuficiência de recursos próprios para subsistência. Dois componentes da RAPS, as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, marcam o direito de acesso à renda, seja por meio de programa de transferência de renda, como o Programa de Volta pra Casa (Brasil, 2003), seja por meio da inclusão no trabalho, em iniciativas de geração de renda, cooperativas e empreendimentos solidários. Outra possibilidade de acesso à renda por parte dos usuários de saúde mental é o Benefício de Prestação Continuada, benefício assistencial da Política de Assistência Social (Brasil, 1993).

As autoras Rosa e Onocko-Campos (2013) relatam que historicamente os serviços de saúde mental focaram-se nos segmentos de baixa renda, para os pobres, cenário que foi sendo modificado pelo princípio da universalização da saúde e cidadania, a partir da Constituição

de 1988. O levantamento bibliográfico feito pelas autoras sobre saúde mental e classe social, apontaram três tendências que orientam os estudos:

De um lado encontram-se os estudos que mostram que a assistência em saúde mental, sobretudo a de natureza público-estatal, tem uma clivagem preponderante de classe social. Ou seja, é destinada aos segmentos pobres e trabalhadores empobrecidos da população (...) A outra vertente inclina-se para a associação entre classe social e transtorno mental, mostrando a distribuição desigual das enfermidades, segundo a origem econômica das pessoas com transtorno mental (...) De outro lado, situam-se os estudos que buscam distinguir formas culturais específicas no conceber e viver com o transtorno mental, constituindo socialmente dois códigos culturais particulares, segundo a posição de classe do ator social. (Rosa & Onocko-Campos, 2013, p. 318-9)

Nos resultados da pesquisa empírica, as autoras apresentam que as duas equipes de profissionais de CAPS entrevistadas, uma da região Nordeste e outra da região Sudeste do país, responderam que os usuários dos CAPS são de “baixa renda” ou “renda mais baixa”. Alguns técnicos utilizaram, ainda, o termo “susdependentes” para exemplificar a condição financeira dos usuários que os impossibilitam de pagar planos de saúde e, assim, dependem exclusivamente do SUS.

A participação dos usuários nas ações de geração de renda no município de Ipatinga cresceu nos meses da realização da pesquisa de campo, porém, a terapeuta ocupacional entrevistada avalia que essa participação não se deveu ao aumento nos encaminhamentos feitos pelos TRSM, mas pela fragilização na referência da Associação Loucos por Você aos usuários participantes, por conta das dificuldades financeiras enfrentadas por este movimento. Destaco que o perfil dos usuários é diferente daquele com o qual a rede tem costume de atender, visto que estes já possuem vivência participativa em movimento social e em ações coletivas, o que favoreceu a busca pelas ações de geração de renda fora da Associação.

As dificuldades com os repasses do convênio com a prefeitura, de fato, levaram a Associação Loucos por Você a intensificar ações de mobilização de recursos para quitação de dívidas e manutenção das atividades, envolvendo diferentes setores da sociedade. Além disso, a Associação teve que mudar para um imóvel menor e em outro bairro, para

diminuição das despesas. Conforme a entrevistada, é uma situação de grande insegurança em relação à manutenção das atividades:

Quando a gente consegue renovar o convênio, já passaram muitos meses, né? Esse ano a gente conseguiu fazer com que ele fosse dividido em nove parcelas, e nós estamos no mês de setembro, e a gente conseguiu receber quatro até agora. Fica muito difícil pra sobreviver, viu? Do plano de trabalho, a gente tem que cortar um monte de coisa pra poder conseguir fechar aquele valor ali; aí, nem o aluguel não ‘tá incluído, nem conta de água, nem lanche. (...) Já fizemos o nono baile. Teve um ano que nós fizemos quatro... quatro bailes; esse ano, a gente fez dois. E a arrecadação é muito pouca, porque a despesa é muito grande, então, é muito cansaço. Então, a gente sempre inventa alguma atividade pra conseguir algum dinheiro pra pagar algum tipo de dívida que o convênio não cobre, né? A gente ficou endividado com o aluguel da casa, que era muito caro. A gente veio pra cá, ‘cê viu qual a diferença, é uma casa muito menor; o dia que ‘tá quente, fica muito difícil. (Entrevista com a coordenadora da Associação Loucos por Você)

No caso dos profissionais que atuam nas unidades de saúde da família, o que se destaca na impossibilidade de realizar ações coletivas articuladas com o território é volume de atendimentos do profissional de nível superior no estabelecimento de saúde. O acolhimento, assim como apresentando no caso dos TRSM, também “prende” os profissionais de enfermagem na unidade. As profissionais entrevistadas destacam a importância de sair da unidade e ir para o território:

Agora a [psicóloga] quer trabalhar um pouco com grupo, e, assim, pra mim vai ser bom também, pra eu sair um pouco de acolhimento, porque eu acabo ficando muito sem sala, e ela muito na sala atendendo (...). Eu não tenho uma hora que eu saia dali e não tem uma hora que ela saia dali, então a gente casou meio que isso: “Vamos sair um pouco. Vamos conhecer a realidade ali de fora.” Mesmo porque existe alguns grupos de apoio que são extramuros mesmo, fora da Loucos por Você, né? Existe pessoas que podem agregar com a gente, existe a própria comunidade”. (Entrevista com enfermeira do PSF)

As técnicas se aproximam da “realidade fora” por meio das visitas domiciliares e da mobilização da rede institucional e social nas experiências caso a caso. Alguns casos demandam, mais do que outros, uma articulação particularizada. O matriciamento, de acordo com a entrevistada, configura-se recurso importante para essa articulação de rede:

Em torno de um caso, eu consigo montar uma rede, assim, naquele momento. Então, por exemplo, tem um caso de uma criança aqui, que ela toma assim... ‘Tá muito complicado e grave. Um menino, né? De dez anos. Então, eu ‘tô conversando com o CREAS, que eles vão participar do matriciamento aqui, porque é um caso que teve violação de direito, que aí vão participar do matriciamento do núcleo, que eu já acionei a escola, que agora ‘tá em conversa comigo, porque ele ‘tá lá... Aí, assim, com a família, que agora é a irmã que ‘tá cuidando, então eu já ‘tô com um contato mais próximo com essa irmã, que é a cuidadora. Então, assim, na hora que o caso precisa, eu até que... aí eu vou fazendo essa articulação. Aí, beleza! Depois, isso aqui se desfaz e aí tem momentos que eu vou ‘tá mais próxima de alguns, outros momentos nem tanto de outros, que o que também facilita isso é a existência do matriciamento, que aí a gente consegue a todo tempo fazer isso acontecer, que aí ‘cê vai acionando esses parceiros, assim, e aí vai acontecendo mais ali em torno do caso. (Entrevista com psicóloga TRSM)

Um aspecto que precisa ser considerado na discussão sobre a não priorização das ações coletivas, das ações no e com o território, e com as redes sociais dos usuários é a cultura liberal que orienta a atuação de grande parte dos profissionais de saúde no município. O principal objetivo para o qual voltam-se as atividades dos técnicos no que se refere à assistência pública em saúde mental, principalmente dos psicólogos que são técnicas de referência na Atenção Básica, é o monitoramento do quadro sintomático dos usuários, assim como a prevenção da reincidência e/ou agravamento das crises. Estes profissionais tomam por referência as categorias nosológicas do Código Internacional de Doenças ou da avaliação estrutural baseada na teoria psicanalítica.

Este objetivo, perseguido em longa data e sem alterações na sua execução, se deve à forte cultura de psicologização e ambulatorização das práticas em saúde mental na rede pública do município, imbricada numa cultura local de valorização das especialidades e da prática liberal em saúde (Barboza, 2009). Além disso, observo pouca permeabilidade da rede institucional à participação dos usuários e familiares no que se refere à gestão, planejamento

e controle social dessa oferta em saúde. No caso dos trabalhadores, apesar de iniciativa recente de críticas mais contundentes ao modelo da oferta da saúde mental no município, observado no momento de minha entrada em campo, percebo ainda apatia e pouca mobilização para uma organização coletiva que incida efetivamente na gestão e no planejamento da política local.

A saúde mental, segundo Amarante (2007), é um campo, ou uma área do conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, que não se baseia em apenas um tipo de conhecimento e não é exercida apenas por um profissional. Há dificuldades em delimitar fronteiras, pois é um campo complexo, intersetorial e com transversalidade de saberes. O autor alerta que a saúde mental não pode ser reduzida ao estudo e tratamento do adoecimento mental, concepção que comumente sustenta redes de atenção – o que é o caso do município de Ipatinga – e, por vezes, é também a concepção apresentada por grupos acadêmicos em suas pesquisas. Esta concepção quando atrelada à cultura de medicalização contribui para os entraves na efetividade da proposta da atenção psicossocial em saúde mental, como indica uma entrevistada:

Eu acho que a grande questão é a leitura que se tem da saúde mental, né? Nós temos uma cultura no município, assim, que é muito clara, e já era na nossa época, de famílias habituadas ao uso de medicação, né? Controlada. Nós temos um alto índice de famílias que perpetuam mesmo, assim... Que o marido toma, que a mulher toma, que os meninos já tomam Metilfenidato... E eu costumo dizer que... né? Como o Metilfenidato ‘tá comigo aqui, né? A solicitação, a entrega dessa medicação, a dinâmica disso, o serviço social atua nisso, que eu fico preocupada com o gozo disso, né? Para as famílias, assim, de uma forma geral, assim, né? Até tirando o foco direto do paciente mesmo, psiquiátrico mesmo. E a equipe não quer se haver, né? (Entrevista com assistente social da unidade de saúde)

A cultura liberal na atuação profissional dentro da rede pública de atenção psicossocial do município de Ipatinga encontra sustentabilidade no perfil de muitos trabalhadores do SUS local, em especial de psicólogos, que se identificam com pelo menos um de dois estereótipos: o do psicólogo “propriamente dito”, com destaque para a atuação psicanalítica, e o do servidor público, que foca na execução das atribuições do cargo, controle do ponto e atendimento ao munícipe. Poucos foram os psicólogos, nas reuniões que pude participar no período de pesquisa de campo, que relataram alguma vivência mais

participativa, proativa e criativa tanto na diversificação de práticas no território, junto aos usuários e suas famílias, quanto nos espaços de avaliação, gestão e controle social da política.

Embora existam práticas instituintes que urgem em apontar e reivindicar a mudança do modelo de atuação dos profissionais, e aqui se incluem os psicólogos, é ainda hegemônico o modelo clínico e de práticas individualizantes e sua transposição para o contexto das políticas públicas, corroborando o que constatam Macedo e Dimenstein (2009). As práticas baseadas no modo individual ou individualizante de subjetivação tornaram-se hegemônicas e definidoras da identidade e da cultura profissionais da psicologia. Tradicionalmente, essas práticas são reconhecidas como aquelas que se ocupam do sujeito que sofre e que busca na interlocução com os psicólogos as possibilidades de conhecimento e resolução daquilo que o acomete a partir de um *setting* específico, no consultório, entre paredes. Para Bianchi Silva e Carvalhaes (2016), este modo específico, mas não exclusivo, de subjetivação pode ser definido como o

resultado de processos de estruturação interna, geralmente articulados às relações primárias familiares e ao início da infância, e encontra aporte em conceitos como personalidade e estrutura clínica. De forma geral, esta perspectiva culmina no entendimento de uma dimensão subjetiva majoritariamente individual, a-histórica e com vínculos secundários quanto ao campo sociocultural. (p. 248)

Outros modelos teórico-metodológicos de atuação da psicologia numa perspectiva social e coletiva foram historicamente secundarizados e, com o processo de inserção crescente de psicólogos nas políticas públicas, têm sido revisitados. Além disso, faz-se necessário construir novas formas de intervenção com públicos em situação de vulnerabilidades e riscos que são atendidos pelas políticas sociais (Vasconcelos, 2011b). As ações psicológicas no campo das políticas públicas, incluindo a saúde mental, devem ser reinventadas e concebidas não apenas no plano técnico, mas sobretudo no ético-político (Reis & Zanella, 2015).

Sendo a saúde mental um campo da política pública, os profissionais, para esta atuação, não possuem a condição de liberal autônomo e estão vinculados a órgãos estatais ou organizações da sociedade civil. A clientela nessa clínica geralmente pertence aos segmentos mais pauperizados da população e que são cada vez mais “susdependentes”, conforme já mencionado neste capítulo.

As práticas emergentes da clínica na saúde mental coletiva, segundo Ferreira Neto (2008) comportam dois eixos: metodológico e epistemológico. A dimensão metodológica está associada ao desenvolvimento de um novo olhar teórico e conceitual que deve buscar a articulação da dupla condição do paciente: sujeito e cidadão. Essa perspectiva nos faz avançar ao possibilitar que amenizemos a incidência do discurso médico, que trata o paciente que em nada atua, apenas recebe, e introduzamos a perspectiva de abordagem da subjetividade e da prática voltada para a inserção social e cidadania, que abre fissuras no campo para traçar resistências, favorecendo a autonomia dos profissionais e, principalmente, dos usuários. Porém, essa divisão didática, eco de divergências ideológicas e políticas polemizadas nas trajetórias dos movimentos de reforma psiquiátrica, reforça dicotomias históricas entre indivíduo e sociedade, e entre clínica e política.

No período antimanicomial da reforma psiquiátrica brasileira, que vai, em nossa análise, do final da década de 1980 ao início dos anos 2000 (Passos & Barboza, 2012), observamos uma tensão entre duas tendências do movimento, nomeadas de clínica e política, destacadamente discutida em importante evento¹⁴ da saúde mental, realizado no Rio de Janeiro em meados da década de 1990.

Debatedores convidados avaliavam que a radicalização do movimento teria propiciado uma divisão entre clínica e política, e que seria necessária uma reconciliação através de ações políticas com preocupações clínicas, em consonância com o novo paradigma da atenção psicossocial. Começam a circular novas denominações para a clínica que se fazia ou se queira fazer na Reforma: “clínica ampliada”, “clínica social”, “clínica em movimento”. Como o nome do referido evento explicitava, tratava-se de encontrar denominadores comuns para o novo modelo de atenção psicossocial em construção. (Passos & Barboza, 2012, p. 186)

Os objetivos do modo psicossocial de atenção em saúde mental têm sido buscados através de práticas nos serviços que englobam o “extraclínico” conforme Tenório (2002), que destaca a equipe de saúde como agente importante na inserção social e promoção da cidadania dos usuários. A clínica ofertada por esses serviços amplia-se, pois passa a ter atuação de diferentes profissionais, e se propõe à escuta da complexidade da vida do usuário dos serviços de saúde mental. Espera-se que esta escuta considere os atravessamentos

¹⁴ I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro - “Paradigmas da Atenção Psicossocial”.

institucionais, políticos, econômicos e culturais que se dão na relação entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Essas práticas não se constituem como um todo homogêneo e apresentam um painel multifacetado no que se refere à articulação com as redes sociais e com os territórios.

A partir da experiência de trabalho em um CAPS de Belo Horizonte, Lobosque (2003) propõe que a clínica ampliada seja uma “clínica em movimento”, que se constrói na dimensão do cuidado, da ajuda e da presença. A autora conclui:

A esta ajuda que se pretende exercer sem domínio, dirigidas especificamente àqueles que se encontram, num dado momento, tomados por uma experiência insuportável de sofrimento psíquico; a essa ajuda que se serve quando necessário de disciplinas e saberes psi, da farmacologia à psicanálise, mas sempre subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social; a esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula como tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens. (Lobosque, 2003, p. 21)

Ferreira Neto (2008) afirma ainda que, apesar da expansão de práticas que se distanciaram de ortodoxias teóricas, esse processo não significou necessariamente uma evolução sócio-política. Na pesquisa, percebe-se que a tentativa verbalizada pelas trabalhadoras é de praticar a clínica ampliada que acreditam ser aquela que atenderá aos princípios da reforma psiquiátrica e ao modelo psicossocial de atenção em saúde mental. Entendem por clínica ampliada a união da clínica do sujeito de base psicanalítica com a inserção social, esta última, para o coletivo estudado, materializa-se em ações coletivas como oficinas e grupos de usuários, famílias e comunidade. Porém, as trabalhadoras relatam encontrar dificuldades oriundas da organização institucional dos processos de trabalho, da precarização das condições de trabalho para uma atuação em rede e na perspectiva de intervenção no território, e das fragilidades na construção coletiva de referências teórico-metodológicas que norteiam as práticas na perspectiva ético-política do movimento antimanicomial. Com isso, percebe-se o enraizamento da ênfase clínica que trata cada paciente na sua singular individualidade, que faz o advir do sujeito objetivo exclusivo da escuta dos técnicos, e compreende a singularidade na psicopatologia como aquela reduzida a conflitos intrapsíquicos (Ferreira Neto, 2008) que podem ser enquadradas em normatizações e classificações nosológicas.

Em análise da pesquisa de Macedo e Dimenstein (2009), as autoras Reis e Zanella (2015, p. 24) destacam duas formas de concepção e produção de cuidado na atuação de psicólogos no SUS e no SUAS: o modo especializado vinculado ao modelo biomédico, e o modo utilizado por uma minoria de psicólogos no qual “o cuidado é compreendido como um campo de possibilidades, como encontro entre pessoas, aberto às diferenças, para além de expectativas prévias, traçadas pelas políticas ou pelo serviço”. No mesmo sentido, as autoras Bianchi Silva e Carvalhaes (2016) pontuam a potência da dimensão relacional entre psicólogos e usuários que pode se estabelecer em torno de outros eixos, e não apenas pela definição diagnóstica:

Acreditamos, também, na potência dos encontros que se desenham quando os(as) psicólogos(as) experimentam se conectar com usuários das políticas públicas, sem a pretensão de rapidamente encontrar explicações sobre as maneiras como as vidas dessas pessoas se articulam. Para tanto, é fundamental que estes profissionais se disponibilizem a vivenciar o encontro com outros arranjos de vida, sem localizá-los rapidamente em categorias psicopatológicas e moralizantes. A partir dessa perspectiva, tais experimentações nos desestabilizam porque modificam as relações entre cientista/psicóloga(o) e usuário, dono e objeto do saber, médico e paciente, terapeuta e cliente, e nos jogam em relações desconhecidas, em novos territórios de vida e de ação. (p. 254)

3.4 Rotas de fuga para o possível

As formas de interação entre os componentes da RAPS dependem do modo de interação entre as equipes dos serviços. A organização e a qualidade dessa interação estão diretamente relacionadas ao acesso e à qualidade da inserção do usuário na RAPS. No que tange à atuação com o território e com as redes sociais dos usuários, muitas das dificuldades apontadas pelas entrevistadas estão diretamente relacionadas aos impasses vividos na efetivação da assistência em saúde mental como uma oferta institucional pública, e nas formas de interação que historicamente pautam a relação entre as equipes de saúde mental.

O trabalho em saúde mental pode ser considerado um trabalho penoso em sua natureza, de poucos resultados objetivos a curto prazo e passível de instabilidades no percurso. Apesar do envolvimento intersubjetivo que trabalhadores e usuários estabelecem

na prática de cuidado, potencialmente fonte de diversificação das estratégias de cuidado, a pouca flexibilidade nos processos instituídos de trabalho pode restringir as possibilidades de intervenção. Conhecer e ampliar essas intervenções para o território é uma das possibilidades tolhidas pelas razões supracitadas. Há ainda investimentos pouco assertivos e efetivos nas ações que as trabalhadoras pontuaram como importantes para os processos de inserção social, as atividades coletivas e de geração de renda. O mesmo ocorre no investimento em ações de valorização do trabalhador, o que inclui a educação permanente, estratégias como supervisão clínico-institucional e a desprecarização dos vínculos de trabalho.

Essa rede tem que ser completa, com todos os dispositivos, e, depois disso, a qualificação dos profissionais, pra que abra a cabeça e entenda que trabalhar em um serviço de saúde mental e trabalhar com pessoas que têm transtorno mental, ‘cê tem que ter, sei lá... ‘cê tem que ter perfil, tem que gostar do que faz, e, pra isso, tem que ser capacitado. Infelizmente, a gente se decepciona com alguns. (...) Eu acho que a gente tem que dialogar mais, eu acho que a rede tem que funcionar melhor, e a rede é feita por pessoas, né? Então, se nós não temos os dispositivos que a gente sabe que é necessário, e, se tiver, tem que ter aquilo que eu falei – profissionais engajados, que gostem de saúde mental, com boa vontade e qualificado –, tem que ter um diálogo pra gente talvez ficar até com a consciência mais tranquila, né? (Entrevista com a coordenadora da Associação Loucos por Você)

Somado à sobrecarga de demandas a serem acolhidas e à baixa capacidade institucional, política e, por vezes, subjetiva de atendimento aos usuários que buscam os serviços da RAPS, existe ainda o atravessamento do preconceito. O estigma do louco também interfere e atravessa a prática dos profissionais de saúde.

Não é fácil. Não é fácil porque nem todos os profissionais gostam de saúde mental, né? Quem gosta de saúde mental, ‘tá na saúde mental. Quem não ‘tá na saúde mental é difícil de querer fazer isso. Eu vejo como um dos maiores preconceitos que existe... são esses pacientes, mais do que o gay, mais do que o negro, mais do que qualquer outro segmento social. Não tem um estigma maior do que o paciente com transtorno mental. (...) A pessoa pisa ali [na unidade de saúde], ela já é motivo de deboche às vezes, ou de medo, né? As pessoas têm esse tipo de reação... tem que ver aquela pessoa... ela tem um histórico, ela também adocece... Ela não tem só um transtorno

mental, ela também tem seus transtornos biológicos, essas coisas assim, né? Então, eu aprendi a ver o paciente dessa maneira, graças a Deus. (...) Nós não saímos da faculdade sabendo respeitar um paciente com transtorno mental. Não sai da faculdade, assim, com essa visão que a pessoa tem uma vida também. Ela não tem uma doença, ela não é aquela pessoa esquizofrênica; ela tem a vida dela mais o problema, mais a esquizofrenia. (Entrevista com enfermeira do PSF)

Com relação aos impasses da política pública, percebo que, nos últimos anos, a RAPS de Ipatinga recebeu pouco investimento para construção e manutenção de equipamentos previstos na legislação federal. Tal constatação se revela nas demandas por novos serviços e pelo fortalecimento daqueles existentes. A demanda por um CAPS AD, um CAPS III e um Centro de Convivência, por exemplo, apareceu em mais de uma entrevista. De acordo com a coordenadora da Associação Loucos por Você, além destes equipamentos, também é necessária a implantação de um Serviço Residencial Terapêutico. Ademais, ela reconhece a importância da atenção em saúde mental na Atenção Básica, entretanto, destaca a baixa efetividade do acolhimento aos usuários e suas famílias nos momentos de crise. E ainda, mesmo reconhecendo a relevância do espaço de convivência que a Associação oferece à população, a entrevistada observa a necessidade da existência de um Centro de Convivência como um equipamento público da rede municipal.

Eu acho que a atenção básica faz parte da rede, é necessária e importante, e vai dar conta, mas eu acho que tem que ter um lugar potente o suficiente pra atender, e eu falo é da crise, eu falo é daquele momento que a nossa vida vira de cabeça pra baixo, e que, muitas vezes, deixa a desejar, porque falta até informação pras pessoas... Falta informação lá pra unidade de saúde em relação ao serviço, e que talvez eles não tenham o suporte necessário. (...) A gente faz esse tipo de trabalho, e a gente recebe as pessoas, e nem por isso a gente deixa de achar que precisa ter um centro de convivência, né, aqui no município. (...) Tem espaço pra todo mundo, e nem é esse o nosso objetivo, competir com ninguém; é fazer a nossa parte, aquilo que a gente acha que é necessário, que é válido, que nos faz bem. Esse é o trabalho que a gente faz, eu falo que o nosso dia-a-dia é pra gente inventar e reinventar novas formas de lidar com o adoecimento mental. E a gente sabe que um centro de convivência é necessário e que, com certeza, vai ser um... um dispositivo da rede, né? Que vai ter uma equipe de trabalho, que é diferente. Aqui é uma associação que tem uma diretoria, que é

composta por usuários e familiares, e é nós que contratamos as pessoas pra trabalhar com a gente, né? (Entrevista com a coordenadora da Associação Loucos por Você)

Percebemos na fala anterior que, para além da construção de novas unidades de serviços, é importante também aprimorar, qualificar e reinventar o que já é ofertado. Tal percepção é compartilhada pela terapeuta ocupacional entrevistada:

Eu acho que a primeira coisa, Maria Aline, a gente precisa instrumentalizar os serviços que a gente já tem, né? Não dá pra criar outro... precário igual o que a gente tem. Eu acho que isso é meter os pés pelas mãos. A população do AD [álcool e drogas] a gente 'tá atendendo não é de hoje, já faz anos que a gente tá atendendo, e eu acho que a gente pode continuar atendendo. Claro que eu acho que um CAPSad talvez... né? Não um CAPSad, mas um CAPS maior, com mais recursos, com mais profissionais, e que a gente pudesse fornecer atividades específicas pro grupo, enfim. Nem sei se é específica, mas mais atividades. (Entrevista com terapeuta ocupacional do CLIPS)

Para esta reinvenção, é importante reconhecer a necessidade de um coletivo potente de trabalhadores, e não apenas dos recursos institucionais e da autoridade cultural médica:

É claro, tem coisas que a gente nem achava que fosse possível [faz referência à construção do CAPS] (...) Com um simples ato, às vezes resolve tanta coisa, entende? Então, o que eu posso falar é que falta boa vontade mesmo, né? Então, eu não gosto de ouvir falar aqui, porque as pessoas têm mania de falar: "Aí, 'tá precisando de psiquiatra! Não tem psiquiatra!", como se tudo fosse o psiquiatra (...) eu vejo que é uma equipe, né? E eu sei que uma equipe bacana pode dar conta de muita coisa. (Entrevista com a coordenadora da Associação Loucos por Você)

Além das condições estruturais para desenvolver o trabalho, para implantar unidades e serviços, desenvolver competências e qualificação dos profissionais, e diálogo entre redes, foi também pontuada a necessidade de organização, articulação, engajamento e luta para fortalecer a organização dos trabalhadores e usuários de saúde mental, o movimento social contra os retrocessos em curso:

E o que a gente percebeu, assim avaliação num período de greve, é essa pouca experiência que a gente tem pra se mobilizar, em falar em nome de um grupo. Assim, a gente viu que ficou ainda muito amador, um pouco... ainda muito pouco consistente, que a gente precisava... Isso foi um dos levantamentos que saiu na greve assim, de conhecer um pouco mais de movimento, sabe? (Entrevista com psicóloga TRSM)

Hoje, mais do que nunca, o movimento social é muito importante, as pessoas engajadas... é muito necessário: familiar, usuário, técnico, todos. Porque nós 'tamos vivendo um momento muito difícil, né? De retrocesso. Saúde mental não é de hoje, né? Que... que... né? E, assim, é cada absurdo que a gente escuta, que pode até começar a construir hospício novo aqui, os grandes, né? Porque os hospiciozinho, nas comunidades terapêuticas, 'tá cheio, né? Então, assim, é muito grave a situação. Então, é importante as nossas ações, né? (Entrevista com a coordenadora da Associação Loucos por Você)

4 Redes sociais de usuários do Programa de Saúde Mental do município de Ipatinga/MG

Este capítulo tem por objetivo apresentar a análise dos dados produzidos relacionados às redes sociais de usuários do Programa Municipal de Saúde Mental de Ipatinga/MG entrevistados nesta pesquisa. Mesmo não tendo sido possível concluir os mapas das redes sociais dos usuários entrevistados, conforme explicitaremos adiante, o processo de interação em situação de entrevista foi rico no sentido de caracterizar os vínculos sociais dos usuários a partir das técnicas de geração e interpretação de nomes da metodologia de Análise de Redes Sociais (McCarty, 2005; Lazega & Higgins, 2014), e apontar questões referentes à utilização destas técnicas no contexto da pesquisa e intervenção em saúde mental coletiva.

As redes sociais são contextos relacionais de ação que influenciam o comportamento individual e os processos de decisão de forma a gerar ou constranger determinadas ações (McCarty, 2005; Lazega & Higgins, 2014). O ponto central da análise é interação ou vínculo social, em termos de forma e conteúdo, estabelecido pelo contato direto, face-a-face e/ou mediado das relações entre sujeitos e objetos no mundo social. Este tipo de análise se desloca do indivíduo – posição compartilhada por muitas correntes das Ciências Sociais – ator e unidade de análise, ou da estrutura, elemento explicativo dos processos de organização social, para as relações a partir das posições concretas dos indivíduos e das organizações em uma determinada sociedade, segundo os padrões de estruturação relacional das redes em que estão inseridos (Fontes & Stelzig, 2004). Segundo estes autores,

devemos compreender o processo de estruturação das redes, primeiro como algo flexível, no qual os desenhos são constantemente atualizados; depois, com uma extensão relativamente indefinida (as redes se expandem e comprimem) e com diversos níveis. Uma rede egocentrada, por exemplo, pode ser ampliada – a partir das pontes construídas entre seus participantes e dos círculos sociais onde se localizam – *ad infinitum*. A partir de determinado momento, é claro, perde o poder explicativo. Cabe ao analista determinar a que nível de extensão deva ser desenhada sua pesquisa, obedecendo aos objetivos a que se propõe. (Fontes & Stelzig, 2004, p. 73)

Esta metodologia foi escolhida com o objetivo de conhecer e analisar as funções e a estrutura das redes pessoais dos usuários em termos de sua importância e influência no processo de inserção social. A Análise de Redes Sociais é uma perspectiva “relacionalista”

e a sua formalização com os sociogramas remontam à posição do indivíduo no mundo das relações e experiências cotidianas.

A seguir descrevo e analiso o percurso metodológico dessa parte da pesquisa realizada com os usuários. Apresento, na sequência, os dados das redes dos usuários entrevistados, destacando elementos qualitativos e quantitativos das redes levantadas que remetem à interrelação entre RAPS e redes sociais.

4.1 Percurso metodológico

Tu não usas uma metodologia. Tu és a metodologia que usas.
(Tavares, 2010, p. 60)

A metodologia de Análise de Redes Sociais requer um processo de levantamento e coleta de dados dispendiosa, o que, por sua vez, exige do pesquisador disponibilidade de tempo e, dependendo do desenho da pesquisa, apoio de outros entrevistadores (Lazega & Higgins, 2014). A utilização dessa metodologia nesta pesquisa foi colocada como uma aposta que envolveu o risco de não ser, de fato, utilizada em sua integralidade. Minha disponibilidade para realizar a pesquisa de campo se deu apenas em períodos concentrados, como férias e períodos de greve das quais participei, visto a realidade concreta de empreender uma pesquisa em outro município e não ter tido a possibilidade de afastamento do meu emprego.

Na tentativa de cumprir com o plano metodológico, busquei estabelecer parcerias institucionais nas modalidades estágio obrigatório ou projeto de extensão com faculdades localizadas no município de Ipatinga, conforme previsto no projeto de qualificação da pesquisa. A intenção era formar e capacitar uma equipe de pesquisa local, através de parcerias com as instituições de ensino superior, para atuar na realização de entrevistas e tabulação dos dados. Caso algum usuário dos serviços que já tivesse sido atendido por mim no período em que atuei na RAPS pesquisada desejasse participar das entrevistas, estas seriam realizadas por membro da equipe a ser formada.

No caso da parceria para estágio, tive abertura por parte da coordenação de uma faculdade, porém não foi possível conciliar o tempo necessário para a realização da prática de estágio e a demanda da pesquisa. Na tentativa de parceria para um projeto de extensão, modalidade que poderia envolver os estudantes em um período maior de prática, apesar

do apoio de alguns professores de outra faculdade local e da Coordenação Municipal de Saúde Mental, não obtive adesão da gestão da faculdade, muito em razão da pesquisa não ter financiamento específico para custear, por exemplo, transporte para os alunos realizarem as entrevistas. Além disso, percebi envolvimento com a proposta apenas das professoras destas instituições que atuavam na gestão do Programa Municipal de Saúde Mental, e não da direção da instituição de ensino. Com isso, tive limitações objetivas no desenvolvimento da metodologia, impossibilitando a produção dos dados exigidos para uma análise efetiva e comparativa das funções e da estrutura das redes sociais dos usuários, assim como a representação destas através de mapas.

Conforme descrito no segundo capítulo, o plano metodológico abarcou a realização de entrevistas individuais com usuários que foram gravadas mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e posteriormente transcritas.

Constatamos que algumas pesquisas brasileiras sobre as redes sociais de usuários de saúde mental (Fontes, 2010; Muramoto & Mângia, 2011; Ferreira, Coimbra, Kantorski, & Guedes, 2014; Moura et al., 2014) apresentam em suas publicações uma perspectiva *capscêntrica* da rede de saúde mental. Estas pesquisas limitaram a escolha dos participantes a usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possivelmente por este dispositivo ter sido destaque na organização da atenção em saúde mental em razão de sua função original no contexto da Reforma Psiquiátrica – o ordenamento da rede, do seu tempo de existência, de sua presença em todo o território nacional e de sua importância histórica na substituição do asilamento. E, embora algumas das pesquisas tenham sido realizadas em período anterior à implementação das RAPS, não quer dizer que não existissem outros serviços ofertados pela rede de saúde mental para além dos CAPS, como é o caso dos Centros de Convivência e dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Nesta pesquisa optei por não focar em usuários vinculados apenas aos CAPS, com o objetivo de reforçar uma visão mais ampliada da atenção ofertada pela RAPS, que requer diferentes dispositivos, inclusive intersetoriais, para a promoção da inserção social. Assim, o componente da RAPS escolhido para o levantamento dos participantes foi a Atenção Básica em Saúde, por meio da indicação de usuários pela referência técnica em saúde mental.

Para a escolha dos usuários participantes da pesquisa, a intenção era realizar o convite junto com a apresentação do projeto, através da minha participação em atividades coletivas que já fizessem parte do cotidiano dos serviços. Seriam incluídos na fase das

entrevistas todos que desejassem participar da pesquisa por iniciativa própria. Caso houvesse muitos interessados, programei a realização de um recorte geográfico para a seleção dos entrevistados e/ou a determinação de um número máximo de informantes, que seria definido junto à orientação da pesquisa, sem prejudicar a validade dos dados a serem produzidos e considerando o tempo dispensado para a realização dessa fase.

No momento de apresentação da proposta de pesquisa à Coordenação e a algumas trabalhadoras da rede de saúde mental, constatei que não estavam sendo realizadas atividades coletivas com os usuários vinculados ao Programa de Saúde Mental e referenciados à Unidade de Saúde Esperança II, escolhida para esta pesquisa. Ao informar sobre o perfil de usuário sugerido, fui também informada que não havia a prática de construir planos de acompanhamento com usuários referenciados na Atenção Básica, apenas para os usuários do CLIPS. Além disso, também não estavam sendo planejadas ações consideradas de inserção social, nem pelas técnicas presentes, muito menos entre equipes e usuários.

Considero que este momento de apresentação do projeto da pesquisa foi um acontecimento analisador que propiciou aos atores ali envolvidos na gestão e na execução das ações de saúde mental a reflexão sobre o que seriam ações de inserção social e como esse tema estaria relacionado à Atenção Psicossocial. Foi algo que afetou a equipe, gerando constrangimentos, principalmente para a técnica de referência em saúde mental da unidade em questão, pois esta se dispôs, por iniciativa própria, a organizar uma reunião coletiva com os usuários para a apresentação da pesquisa, sugerindo que já estavam pensando em organizar grupos de usuários, destacando a importância da atividade coletiva para a inserção social.

A técnica buscou apoio de uma estagiária do CAPS que a auxiliou na elaboração de uma lista de usuários do PSM, inexistente até então, com dados gerais que contribuíssem para o contato e a mobilização dos usuários. Apesar do esforço da técnica, não foi possível realizar a atividade, em razão da falta de espaço próximo ao local de residência dos usuários que acomodasse todo o grupo a ser convidado, e também as dificuldades de reorganização dos processos de trabalho de forma a permitir a realização da atividade para as datas em que eu estaria na cidade.

Com isso, na impossibilidade de estar diretamente com um grupo de usuários, decidi pedir indicações de usuários à TRSM, no perfil informado, para a realização de entrevistas. A técnica realizou o contato com os usuários e agendou para que os mesmos

estivessem presentes nos dias e horários que combinamos. Aqui faço uma observação importante: a impressão que tive é que os usuários não se apresentaram, de forma imediata, para uma entrevista de pesquisa, mas para um atendimento psicológico. E mesmo aqueles que compreenderam que a entrevista teria o objetivo de pesquisa, ficaram muito orientados pela perspectiva de ser uma pesquisa de uma psicóloga, o que contribuiu para demarcar bem a relação assimétrica entre psicóloga-pesquisadora e usuários-entrevistados que, na rede de Ipatinga são, no cotidiano da assistência, nomeados de pacientes. Recordo-me de duas usuárias que me questionaram, receosas, se eu estava ali para substituir a técnica de referência.

Alguns usuários eu já havia atendido quando trabalhei nesta unidade, porém, diferentemente do que ocorreu na interação com os trabalhadores, não percebi atravessamentos significativos. Nos momentos das entrevistas, nenhum usuário fez referência ao fato de já ter me conhecido.

A leitura do TCLE também apontou questões com relação ao objeto da pesquisa que considero ser importante relatar. Não arriscaria dizer todos, mas com certeza a maioria dos usuários não compreendeu do que se tratava a pesquisa com a leitura do Termo. Mesmo que eu não tenha feito a leitura de forma rigorosa, e tenha buscado promover uma orientação com relação aos aspectos éticos da entrevista de forma mais dialogada, alguns usuários me fizeram questões. Recordo-me de três: “O que você quer dizer com redes sociais?”; “O que é inserção social?”; “Vou ter que voltar para participar desse grupo [de compartilhamento dos mapas de redes pessoais] depois?”. Nessas horas, a sensação que tive foi a de que estava sendo entrevistada pelos usuários.

Lembrei das dificuldades que tive para explicar o que eu queria pesquisar, qual era de fato o meu problema de pesquisa, nas aulas do doutorado, nas reuniões do grupo de pesquisa, nas conversas com colegas de trabalho, na reunião com a Coordenação de Saúde Mental e na banca de qualificação. Na realização das disciplinas do doutorado, dois momentos me marcaram. Um momento em que a professora de Seminário de Tese disse, ao término da apresentação do meu projeto, que ela não havia entendido muita coisa e que achou minha proposta de pesquisa “mais difícil do que entender Lacan”. E outro comentário que também me chamou atenção foi de um dos professores que participou da disciplina de Seminários Avançados em Metodologia. Este, após a breve explanação do meu projeto de pesquisa, afirmou que o potencial de uma pesquisa de doutorado estaria na sua possibilidade de inovação metodológica, e isso estava presente na minha proposta

de pesquisa. Avalio, e aqui faço uma confissão, que “colei” na afirmativa deste professor, reforçada pelos consistentes comentários em minha banca de qualificação, e acabei, no desenrolar da pesquisa, cedendo mais ao encantamento com a metodologia do que com a busca por respostas ao meu problema de pesquisa, que nunca foi possível de se fazer entender em uma resposta só. De fato, a pergunta orientadora desta pesquisa requereu uma proposta metodológica ousada, que possibilitasse a integração entre a elaboração de uma análise genuinamente relacional e a formalização dessa estrutura relacional, possibilitando a sua visualização.

Ainda sobre o TCLE, exigência das normas éticas em pesquisa, este teve seu texto revisado por solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa. Além do TCLE, foi necessário também revisar o formulário de preenchimento obrigatório da Plataforma Brasil. A razão dos pedidos de revisão por parte do Comitê foi porque não informei a ocorrência de danos aos participantes. Em diálogo com outros colegas pesquisadores, descobri que temos que responder sempre que há danos aos participantes e indicar, além dos danos, os benefícios da pesquisa aos participantes¹⁵.

Seja como dano, ou não, a produção de demandas intersubjetivas, assim como efeitos de intervenção, ocorre no processo de interação no campo da pesquisa. As duas situações que descreverei exemplificam esta condição. A primeira é um e-mail enviado por uma usuária para meu e-mail pessoal na manhã do dia posterior em que foi entrevistada:

Bom dia Maria Aline,

Eu sou a Lila¹⁶ que fez uma entrevista com você na Unidade de Saúde do Esperança. Estou aproveitando o momento para ilustrar uma situação que relatei a você ontem. Estou fazendo um esforço pra escrever. Queria mostrar como nós da saúde mental estamos desamparados. Nesse momento já tomei meus medicamentos que tomo pela manhã. Comecei com uma crise de angústia e desespero. Nesse momento não tenho a Mariah como suporte. Precisaria de um atendimento de urgência dentro da minha

¹⁵ “A resolução 196 afirma que toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece riscos aos sujeitos envolvidos, pois, trata-se de atividade experimental, cuja busca por novos conhecimentos é o objetivo a ser alcançado. Assim, é inegável afirmar que o pesquisador não tem como prever os resultados que serão obtidos e justamente por conta desta imprevisibilidade é que a pesquisa é considerada uma atividade de risco por essência” (Nogueira e al, 2012, p. 7).

¹⁶ Os nomes dos entrevistados foram modificados a fim de garantir sigilo, conforme normas éticas pactuadas por meio do TCLE.

patologia, com profissional da área, precisava ser atendida agora. Se eu for a Unidade de Saúde, não vão fazer nada, na UPA que é atendimento de urgência, ninguém acharia que eu preciso de atendimento. Talvez se eu for agora, eu seja atendida, às vezes, até 17:00. Para onde eu vou? Qual a resposta correta o responsável pela saúde mental me daria, ele me encaminharia para receber o atendimento necessário? Não. Aqui, o Hospital Márcio Cunha¹⁷ não atende mais, nem particular. Portanto, eu tenho que me virar, a não ser que eu me finja de louca, talvez consigo atendimento. Como é impossível, eu tomo um remédio para ajudar na angústia e desespero, me tranco no quarto e espero passar. Eu ainda tento isso. E quem não sabe como agir? Provavelmente suicidaria, o que graças a Deus, consigo fazer. Desculpe o desabafo, mas aproveitei a nossa conversa de ontem, para ilustrar na vida real, como sofrem os pacientes de saúde mental aqui. Isso me deixa revoltada, como se nós não fôssemos seres humanos, infelizmente adquirimos certas patologias, que nos faz depender, da saúde mental aqui em Ipatinga. Fico indignada. Abraços. Desculpe. Vou ficar bem, sempre passamos por isso e quem consegue, por si sobreviver ao episódio, fica apenas esperando quando será o próximo. E eu sou uma dessas que quando vencer essa crise, fica esperando a próxima. Só quis ilustrar com um fato real, o que eu disse na sua entrevista. Desculpe o incômodo. Se precisar utilizar para alguma coisa em seu trabalho de Doutorado, fique à vontade.

Abraços. Lila

A primeira atitude que tomei ao receber este e-mail foi encaminhá-lo para conhecimento da técnica de referência da usuária, com sugestão de uma conversa pessoal, pois foi isso que me comprometi fazer junto ao Comitê de Ética, no sentido de reduzir os danos causados aos participantes da pesquisa. A entrevistada traz uma reflexão importante para esta pesquisa. Como veremos adiante neste capítulo, no relato de seu caso, a usuária afirmou que tem contatos em sua rede com os quais pode contar nos momentos em que avalia precisar de algum apoio. Estas pessoas citadas pertencem à rede de atenção em

¹⁷ O Hospital Márcio Cunha é um hospital geral, credenciado para atendimentos de alta complexidade e prestação de serviços nas áreas de ambulatório, pronto-socorro, internação e serviços de diagnóstico. Este hospital é administrado pela Fundação São Francisco Xavier, entidade filantrópica de direito privado da Usiminas, nas áreas de saúde e educação, e atende a pacientes do Sistema Único de Saúde, de convênios e do plano de saúde voltado originalmente para os funcionários da Usiminas, o Usisaúde. Fonte: <http://www.fsfx.com.br/hospital-marcio-cunha/perfil-institucional/>.

saúde mental. Lila espera da RAPS amparo e suporte especializado nos momentos mais intensos de sofrimento. O que ocorre é que, segundo a entrevistada, a rede não consegue efetivar esta oferta, principalmente pela inexistência de equipamentos adequados para acolhimento da crise e de determinadas especialidades médicas, como a psiquiatria. Além disso, o relato de Lia demonstra que, em algumas situações, ela não consegue a conexão com a rede institucional, portanto a RAPS se torna ausente, ao mesmo tempo em que também é ausente, neste caso, outros contatos pessoais com os quais a usuária poderia contar e que o campo institucionalizado de saúde não mobilizou ou promoveu articulações no sentido da sensibilização para o cuidado e convívio.

A segunda situação refere-se a uma ligação que recebi no primeiro dia de retorno ao trabalho¹⁸, após a fase da pesquisa de campo. Era a assistente social, também entrevistada nesta pesquisa, perguntando se eu havia agendado atendimento com um dos usuários que entrevistei, pois este estava na Unidade de Saúde procurando por mim. Informei que já havia encerrado as entrevistas e solicitei que ela o acolhesse e o orientasse com relação ao encerramento da etapa das entrevistas da pesquisa. Mais uma vez solicitei o atendimento por parte da profissional de saúde, no sentido de reduzir os danos causados pela participação na entrevista.

Este entrevistado também traz, em seu relato, reflexões importantes em relação à interrelação entre RAPS e redes sociais. Para além da situação da entrevista, estive com esse usuário na Associação Loucos por Você e no CLIPS, quando realizei observação participante. O entrevistado buscou conversar comigo, alegando a necessidade de conversar para “desabafar”, e relatou que em muitas situações procurou a psicóloga da Unidade de Saúde para conversar, mas percebeu que ela estava com a agenda muito cheia e com muita procura por atendimento. Por essa razão, disse que estava tentando agendamento com outros profissionais, para tentar não sobrecarregar ainda mais a psicóloga. Este relato denota a preocupação do usuário com a sua referência técnica de acompanhamento, ao mesmo tempo em que ele próprio tenta criar estratégias alternativas aos benefícios que avalia ter em seu acompanhamento no Programa de Saúde Mental.

As entrevistas foram orientadas por roteiro específico e pela técnica do gerador de nomes em lista livre. Esta técnica, no contexto desta pesquisa, caracterizou-se por solicitar ao entrevistado que indicasse trinta nomes de pessoas que ele conhece, de vista

¹⁸ Realizei as entrevistas em período de férias.

ou de nome, que estejam vivas, e com as quais teve contato face a face no último ano. A indicação de 30 nomes está relacionada com a especificação do modelo capaz de identificar a estrutura contextual que descreve a influência sobre o comportamento individual. Trinta atores em interação é o número mínimo para garantir com maior precisão a identificação de forças estruturais ou padrões de regularidade social sobre a ação individual (McCarty, 2002).

A intenção era constituir redes egocentradas, conforme literatura sobre análise de redes pessoais de usuários da saúde mental no Brasil (Fontes, 2010; Muramoto & Mângia, 2011), mas que permitisse a avaliação de medidas de composição e outras medidas estruturais – como densidade, centralidade e multiplexidade¹⁹. Além disso, a padronização do número de contatos da rede permitiria análises comparativas entre as redes pessoais, não só das medidas estruturais, mas também análises cruzadas dos atributos dos usuários e de seus contatos. A emergência de fenômenos estruturais nos permite compreender o comportamento do entrevistado em diferentes áreas, em especial, nas conexões de apoio social (McCarty, 2002; 2010). Com essa abordagem é possível analisar não apenas a relação dos membros da rede com o usuário, mas as relações entre os membros desta rede egocentrada.

Optamos por um ano o período de orientação temporal para que o usuário indicasse seus laços sociais, pois, uma vez inserido o usuário em ações que visam à inserção social, espera-se que pelo menos, em um tempo mais recente, este usuário tenha sido motivado a ampliar a densidade e a heterogeneidade de relações em círculos sociais nos quais ainda não havia se inserido, ou estaria inserido de forma “tímida”. A proposta era identificar e analisar, considerando também os dados institucionais investigados a partir da análise da RAPS, a correlação entre a atuação da rede e a composição das redes pessoais. Essa janela temporal também ameniza a possibilidade de equívocos em razão de possíveis prejuízos de memória dos respondentes. É importante ressaltar que a técnica de geração das redes se baseia na percepção dos atores sociais e, portanto, os mapas das relações a serem elaborados correspondem à representação dos entrevistados sobre as suas interações, o que equivale a “mapas cognitivos”.

¹⁹ Multiplexidade é a sobreposição de diferentes conteúdos de relações (parentesco, amizade, contato formal, relações financeiras, etc) no campo de interação social (Fazito, 2002). Uma mesma interação pode conter dois ou mais conteúdos, por exemplo, cuidado em saúde e amizade.

Com o levantamento dos nomes dos contatos dos usuários em lista livre, utilizei a técnica da interpretação de relações. A segunda tarefa foi perguntar ao usuário qual o tipo de relação que possui com as pessoas por ele citadas. Categorizei *a priori* os tipos de relação para que fosse possível a análise comparada das redes dos participantes da pesquisa. Foram tipificadas, inicialmente, as seguintes relações: família nuclear, família extensa, de vizinhança, de trabalho, de amizade, de cuidado em saúde, de secretariado, de lazer, de participação política e religiosa. Como realizado por Fontes (2010), foi permitida a referência de mais de um tipo de relação ao mesmo contato, porém em quase todas as entrevistas os usuários destacaram apenas um tipo de relação como aquela que mais caracteriza o vínculo que possui com a pessoa indicada.

Ao longo do processo de entrevistas, algumas categorias foram sendo modificadas para que se aproximassem cada vez mais do vocabulário e dos sentidos atribuídos às próprias relações que os usuários apresentaram nas situações de entrevista. A relação de secretariado foi extinta, pois os elementos que caracterizavam esta relação já estavam contemplados nas outras categorias para os entrevistados, como família, amizade ou igreja. A relação de coleguismo foi inserida, pois haviam contatos que os usuários não consideravam a relação tão próxima como de uma amizade, mas que também não se encaixavam nas demais categorias. As categorias finais foram: 1) Família (domicílio); 2) Família extensa; 3) Amizade; 4) Coleguismo; 5) Vizinhança; 6) Trabalho; 7) Cuidado em saúde; 8) Religião; 9) Lazer/Cultura; 10) Participação política/movimentos sociais.

Além do tipo de relação, foi perguntado ao entrevistado qual era a intensidade de cada relação, categoria que foi descrita em duas dimensões: força do laço (forte ou fraca) e frequência do laço (frequente ou casual). As categorias de tipo e intensidade foram construídas levando em conta modalidades já utilizadas em pesquisas que realizaram mapeamento de redes sociais de usuários de serviços de saúde mental (Fontes, 2010; Muramoto & Mângia, 2011; Ferreira et al., 2014; Moura et al., 2014), e a experiência profissional da pesquisadora em serviços que lidam diretamente com pessoas em situação de sofrimento mental e suas famílias.

No caso dos laços fortes, os usuários fizeram referência àquelas pessoas com as quais podem contar para ajuda nas situações de crises, de dificuldades financeiras ou de necessidade de alguém para conversar, principalmente. Neste último caso, os contatos mediados pelo aplicativo *Whatsapp*, e visitas a vizinhos, se destacaram. Uma observação importante é que a intensidade da força do laço pode não ser diretamente correlacionada

à frequência do contato. Muitos contatos fortes não são frequentes como, por exemplo, familiares que os usuários gostam muito, até mais do que aqueles com os quais reside, mas que moram em outros municípios, o que impossibilita contatos presenciais frequentes.

Na tentativa de garantir a identificação das pessoas citadas de forma recorrente pelos usuários – o que avaliamos ser possível por serem residentes em um mesmo território e serem referenciados a uma mesma Unidade de Saúde – foram solicitadas informações ao usuário sobre o sexo, idade aproximada e local de moradia dos integrantes de sua rede. Como se trata da percepção do entrevistado, estes dados poderiam não conferir exatamente com a realidade. Houve discrepâncias nas respostas, como por exemplo, num primeiro momento o usuário mencionar que a pessoa possuía 50 anos, e posteriormente corrigir para 30 anos. Outro dado com imprecisão recorrente foi o bairro de moradia. Em algumas situações, o usuário não sabia ou mencionou referência local da área em que a pessoa reside, não coincidindo com o nome oficial do bairro. Foram feitas consultas a moradores da cidade para a adequação da apresentação deste dado.

A terceira tarefa prevista para a entrevista seria perguntar ao usuário se existe ou não relação entre as pessoas que indicou, que tipo de relação essas pessoas estabelecem entre si e qual a intensidade dessas relações, tendo por referência as mesmas categorias apresentadas nas perguntas sobre as relações diretas.

Nas primeiras quatro entrevistas das quatorze realizadas, percebi que não daria para cumprir todas as etapas do uso das técnicas. Primeiro, porque os usuários, assim como nós, nos sentimos “pegos de surpresa” e geralmente nos vem o pensamento de que 30 é um número alto para tentarmos responder ao pedido: “Me fale o nome de trinta pessoas com os quais você se relaciona no seu dia-a-dia”. Segundo, porque alguns usuários apresentaram dificuldades na articulação da fala, possivelmente em razão dos medicamentos em uso, o que também tornou a comunicação um pouco mais pausada e cuidadosa na interação da entrevista, demandando mais tempo para sua realização. Por último, porque as informações sobre os contatos que os usuários foram apresentando à medida em que citavam os nomes – relatos sobre encontros, características de personalidade, sobre conversas, etc – me mobilizaram mais a atenção do que apenas saber os nomes dos contatos e o tipo da relação.

Passei, então, a sugerir nas demais entrevistas a indicação da quantidade de 30 nomes, porém enfatizando que não era obrigatório alcançar essa marca. O usuário estava livre para indicar o número de contatos que lembrasse ou desejasse naquele momento.

Com isso, abandonei a terceira tarefa metodológica que me possibilitaria construir uma rede egocentrada de segunda ordem, avaliada por mim como algo que me demandaria mais de um encontro com os usuários, disponibilidade que eu não dispunha à época da pesquisa de campo. Assim, a proposta de constituição de mapas, a visualização topológica e estrutural das redes e a comparação entre os mapas dos usuários passou a não ser mais um produto desta pesquisa.

A inclusão ou não de contatos feitos virtualmente foi um tema que levantou dúvidas no processo das entrevistas. A existência de redes de sociabilidade não ancoradas territorialmente, cujas interações são mediadas pela internet, e que podem ser capazes de gerar apoio social às pessoas em situação de sofrimento mental é tema de investigação de Breno Fontes (2014). Este autor tem por hipótese o retorno positivo às pessoas que procuram apoio em interações ancoradas virtualmente, pois “encontram conforto no compartilhar de seus problemas; encontram informações sobre questões práticas; recebem conselhos sobre como proceder na lida diária de seus sofrimentos” (p. 115). Por tais razões, no caso desta pesquisa, as referências a esse tipo de contato foram incluídas nas redes dos usuários.

Nas três primeiras entrevistas foi utilizado um roteiro de entrevista complementar (Apêndice C), aplicado após o levantamento dos contatos e da caracterização destes, que tinha por objetivo contribuir na investigação sobre que tipo de apoio o usuário possuía para o desenvolvimento das atividades da vida diária e social. Parto do pressuposto de que a pessoa em situação de sofrimento mental teria a necessidade de apoio para este tipo de atividade. A hipótese era de que estas atividades seriam apoiadas pelas redes sociais dos usuários, com participação da RAPS. O que ocorreu é que este apoio, se existente, já havia sido mencionado pelos usuários na primeira parte da entrevista. A questão que pontuo é que percebi que as perguntas, para aquele público, remetiam a atividades muito elementares e que, em sua maioria, são realizadas pelo usuário sem necessidade de algum apoio direto, ou não são realizadas por não fazerem parte do cotidiano de vida dos entrevistados. Tive a sensação, no processo de interação com os entrevistados, de que aquelas perguntas não faziam sentido naquele contexto, visto a independência destes frente àquelas atividades. Esta sensação me fez abandonar este roteiro, e deixar que os entrevistados colocassem de forma mais livre as situações de apoio ao mencionar as pessoas de sua rede.

Como já mencionado, não foi possível a elaboração de mapas de rede em razão dos abandonos metodológicos que optei por fazer ao longo das entrevistas. Não obstante, os dados produzidos, que configuram redes egocentradas de primeira ordem, me permitiram caracterizar os vínculos sociais dos usuários a partir das técnicas de geração e interpretação de nomes e destacar situações que analisam a interrelação entre RAPS e redes sociais dos usuários, apresentadas a seguir.

4.2 Dados gerais das redes sociais dos usuários entrevistados

Os quatorze usuários entrevistados estão inseridos no Programa Municipal de Saúde Mental e participaram da pesquisa por meio da indicação da psicóloga técnica de referência em saúde mental da Unidade de Saúde Esperança II, conforme foi descrito no segundo capítulo. Os territórios atendidos por esta referência fazem parte dos bairros Esperança e Nova Esperança, e pertencem à regional VII do município de Ipatinga. O principal bairro desta região referenciado às equipes das quais as profissionais entrevistadas para esta pesquisa fazem parte é o bairro Esperança.

De acordo com o IBGE (2010), a população estimada deste bairro, no ano de 2010, era de 16.608 habitantes, sendo 8.047 homens e 8.561 mulheres, possuindo um total de 5.290 domicílios particulares distribuídos em uma área de 1,9 km², o que inclui as extensões Nova Esperança e Esperança II, que possuem Unidades de Saúde específicas. Ao todo, são três Unidades de Saúde, sete Equipes de Saúde da Família, uma assistente social e duas psicólogas técnicas de referência em saúde mental. Há ainda uma equipe do NASF que atende essa região, porém estes profissionais não realizam atividades voltadas para a saúde mental.

O bairro Esperança localiza-se no distrito de Barra Alegre, que engloba parte do perímetro urbano e toda a zona rural municipal. É importante ressaltar que esta região não dispunha da infraestrutura que caracterizava os bairros construídos no entorno da USIMINAS (Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais S.A), cujo projeto urbano imprimiu na divisão territorial e arquitetura da cidade bairros específicos para cada grupo de cargos da empresa (Souza, 2007; Freitas, 2012). O processo de urbanização do município foi marcado “pela descaracterização da área rural por uma rápida urbanização, resultante do intenso fluxo migratório e direção da ocupação pelas grandes siderúrgicas (e não pelo poder público municipal)” (Costa, 2007).

A Figura 1, a seguir, apresenta a configuração geográfica do município de Ipatinga.

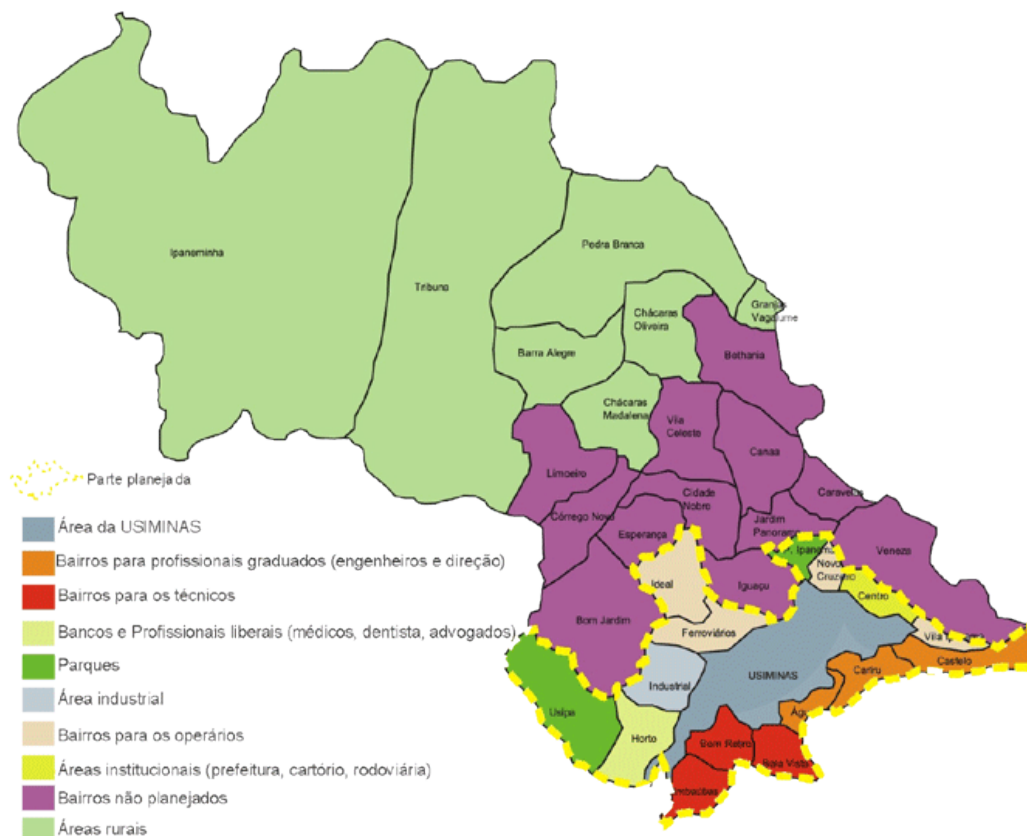


Figura 1

Mapa de Ipatinga/MG, com informações sobre o planejamento da cidade.

Fonte: Peres, 2006. Disponível em: <http://www.tfgmobilidadeurbana.xpg.com.br/5.htm>

Ao todo, conforme a Tabela 3 a seguir, os quatorze entrevistados mencionaram o total de 257 pessoas como componentes de suas redes, totalizando média simples de 18,3 contatos. Algumas das pessoas citadas foram mencionadas por diferentes entrevistados. Destas, só foi possível identificar os contatos recorrentes pertencentes à RAPS e à Associação Loucos por Você. Oito entrevistados citaram trabalhadores da RAPS e três mencionaram funcionários da Associação.

Tabela 3

Número de contatos por rede

Entrevistados	Contatos
Lila	6
Iara	6
João	7
Heleno	9
Geise	9
Alessandro	14
Arnaldo	14
Mariana	15
Nivaldo	16
Meire	16
Juliano	24
Elza	30
Dora	31
Flávia	60
Total de laços	257
Média simples	18,3

No caso da RAPS, o destaque é a menção da psicóloga técnica de referência em saúde mental da Unidade de Saúde, que foi referida por sete entrevistados. Uma técnica de enfermagem foi citada por dois entrevistados, e também foram mencionados um médico e um enfermeiro de saúde da família, uma assistente social e dois psicólogos que já atuaram na função de referência em saúde mental, mas que não trabalham mais no município. No caso dos psicólogos, mesmo quando estes não foram indicados como amigos, o que efetivamente aconteceu com alguns usuários, a característica de relação intensa de confiança foi destacada por todos eles.

Em pesquisas de análise de redes egocentradas com usuários de saúde mental (Fontes, 2010; Muramoto & Mângia, 2011) que tiveram a utilização da técnica de gerador de nomes propondo lista livre de contatos, o tamanho médio das redes dos entrevistados foi menor do que o tamanho médio das redes da população em geral. No primeiro estudo, a média do número de laços citados pelos usuários entrevistados foi de 3,5 laços, um número

reduzido em comparação à média de uma rede egocentrada de 20 laços significativos²⁰. No segundo estudo, o número médio de relações identificadas é próximo à quantidade de laços fortes presentes na população em geral – 18,5 contatos²¹.

Tabela 4

Intensidade e frequência

Categoria	Subcategoria	Quantidade	Porcentagem
Intensidade	Forte	210	81,7%
	Fraca	47	18,3%
Frequência	Frequente	226	87,9%
	Casual	31	12,1%
Total de laços		257	100,0%

Com relação às questões sobre intensidade e frequência das interações, cujos dados encontram-se na Tabela 4, percebi nas entrevistas que, não obstante as orientações aos entrevistados sobre a possibilidade de mencionar pessoas que participassem de seu cotidiano de vida sem necessariamente serem próximos, os usuários tenderam a citar os vínculos que consideravam mais significativos e intensos, aproximando da definição de rede social significativa apresentadas pelos autores Borges e Faria (2017). Rede social significativa é um sistema aberto que compreende

o conjunto de todas as relações que um sujeito entende como significativas ou diferenciadas das demais relações estabelecidas, configurando-se como o grau relacional interpessoal e contribuindo para o reconhecimento enquanto sujeito, para a construção de identidade, para o sentimento de bem-estar, pertença e autonomia. (Borges & Faria, 2017, p. 161)

É importante ressaltar que a intensidade não tem relação direta com a frequência. Muitos usuários mencionaram laços intensos cujos encontros acontecem mais virtualmente do que presencialmente. No caso do grupo estudado, a hipótese é que a frequência esteja relacionada à pouca distância geográfica das moradias das pessoas, o que possibilidade

²⁰ Este autor utilizou como referência o trabalho de Walker (1981).

²¹ A referência utilizada pelas autoras foi o artigo de Molina (2005).

maior possibilidade de encontro presencial. Dos 257 contatos citados, os entrevistados mencionaram encontrar com frequência 87,9% dos contatos, e terem uma relação de confiança como 81,7% das pessoas de suas redes.

Do grupo de informações levantadas, destaco duas categorias que estão relacionadas a estudos sobre inclusão e desigualdade social: escolaridade e renda. Assim como em pesquisas realizadas em diferentes municípios brasileiros (Oliveira & Silva, 2014; Jorge & Mariotti, 2017; Signor & Piovesan, 2017; Pereira et al., 2012), o nível de escolaridade da maioria dos usuários entrevistados é baixo, eles estão desempregados ou afastados do trabalho e são dependentes financeiramente da família ou de benefícios previdenciários e socioassistenciais. Esta última fonte de renda se destaca no grupo pesquisado em Ipatinga. No Tabela 5, a seguir, apresento a síntese dessas informações.

Tabela 5

Escolaridade e renda

Entrevistados	Idade	Escolaridade	Fonte de renda
Juliano	27	Ensino médio	Salário da esposa/bicos
Elza	54	Ensino fundamental incompleto	Programa Bolsa-Família
Dora	54	Ensino médio	Pensão vitalícia
Alessandro	41	Ensino médio	Autônomo
Arnaldo	47	Ensino médio/técnico	Aposentadoria por invalidez
Nivaldo	58	Ensino fundamental incompleto	Aposentadoria por invalidez
Meire	54	Ensino fundamental	Auxílio-doença/Aposentadoria por invalidez do marido
Heleno	53	Ensino fundamental incompleto	Auxílio-doença
Mariana	49	Ensino fundamental incompleto	Programa Bolsa-Família
Lila	49	Pós-graduação	Salário/Auxílio-doença
Geise	43	Ensino fundamental incompleto	Pensão alimentícia/autônoma
Flávia	42	Ensino fundamental incompleto	Benefício de Prestação Continuada
João	58	Ensino fundamental incompleto	Auxílio-doença/Salário da esposa
Iara	45	Ensino médio	Aposentadoria por invalidez

Com relação ao local de moradia, mais de 80% das pessoas citadas pelos entrevistados residem no município de Ipatinga, conforme dados apresentados na Tabela 6. Dentre estas, a maioria também reside na regional de moradia dos usuários. Este dado sugere que as redes dos usuários podem ser incorporadas no cotidiano assistencial, seja como ponto de apoio para o tratamento, seja como ponto de atenção das ações desenvolvidas pela RAPS. Destaco essa última sugestão, a de considerar as redes sociais dos usuários como objeto de atenção dos serviços, visto a potência que intervenções neste âmbito podem ter na desconstrução das práticas sociais de estigmatização do sofrimento mental, e de construção de processos coletivos mais inclusivos junto a esse grupo.

Tabela 6

Local de moradia

Local de moradia	Quantidade	Porcentagem
Ipatinga	216	84,0%
Outras cidades Vale do Aço	27	10,5%
Outras cidades de Minas Gerais	8	3,1%
Outros estados	5	1,9%
Outros países	1	0,4%
Total de Contatos	257	100,0%

Com relação aos tipos de vínculos mencionados pelos usuários entrevistados, conforme apresentamos adiante, na Tabela 7, destaca-se o vínculo familiar, em especial a família extensa (31,9%), seguidos dos tipos: amizade (23,7%), vizinhança (13,2%) e religião (10,1%). Os tipos de vínculos pouco mencionados foram: participação política/movimentos sociais (1,6%) e trabalho (1,2%).

Em relação à participação política e/ou em movimentos sociais, os entrevistados mencionaram ter vínculos com pessoas da Associação Loucos por Você, reforçando a importância deste movimento na luta antimanicomial local e a sua capacidade de mobilização dos usuários da rede. Porém, ressalto que, a centralização da participação política dos usuários apenas nesta Associação, denota a necessidade da ampliação e da diversificação dos espaços de participação social e política destas pessoas, de forma a

potencializar a própria luta antimanicomial e a construção da cidadania e autonomia dos usuários. Já com relação ao vínculo trabalho, a maioria dos usuários que o mencionaram relataram longos períodos de afastamento do trabalho, o que faz com esse contexto tenha pouca presença na construção de laços para estes usuários.

As ações de lazer e cultura foram mencionadas como atividades compartilhadas com pessoas caracterizadas por outros vínculos, principalmente amigos, o que indica a necessidade de revisão do instrumento utilizado.

Tabela 7

Tipos de vínculos

Tipo de vínculo	Quantidade	Porcentagem
Família (domicílio)	27	10,5%
Família extensa	82	31,9%
Amizade	61	23,7%
Coleguismo	7	2,7%
Vizinhança	34	13,2%
Trabalho	3	1,2%
Cuidado em saúde	13	5,1%
Religião	26	10,1%
Lazer/Cultura	0	0,0%
Participação política/movimentos sociais	4	1,6%
Total de laços	257	100,0%

4.3 Breve relato de cada caso

4.3.1 Nivaldo

Nivaldo nasceu em 1960, na cidade de Central de Minas, Região Leste de Minas Gerais. Ele estudou até a quinta série. À época da entrevista, residia há dois anos e meio com a companheira, que é dona de uma padaria localizada próxima à Unidade de Saúde e é muito frequentada no bairro, inclusive pelos trabalhadores desta unidade, o que possibilita encontros e diálogos menos marcados pela relação técnico-paciente, como por exemplo, conhecer quais tipos de lanches um e outro gostam de comer. Nivaldo disse que se sente bem na padaria porque já conhece as pessoas que passam por lá.

Nivaldo já morou em diferentes cidades e em diversos bairros de Ipatinga, desde o ano de 1978. Ele é notista de profissão e já trabalhou em empresas como a Coca-Cola. O usuário mencionou também a venda de peças de carro como experiência de trabalho. Relatou que adoeceu em 1979, quando passou a ter “problema mental”. Desde aquele ano “encostou” pelo INSS e, em 1985, foi aposentado por invalidez e passou a receber um salário mínimo por mês. Como está afastado de trabalho formal há muitos anos, o entrevistado não mencionou vínculos relacionados ao círculo do trabalho.

Nivaldo tem histórico de internações recorrentes em hospitais de Belo Horizonte, até meados da década de 1980, e no Hospital Márcio Cunha nas últimas décadas, sendo a última internação há três anos. Segundo o usuário, seu problema é ouvir vozes, o que pode ser controlado pelo uso da injeção de Haloperidol e, assim, evitar as internações. Nivaldo complementa que também faz uso de Biperideno para que suas mãos não tremam. O usuário considera que a injeção é boa, mas disse que “tem vezes que ainda escuta vozes”. Seu acompanhamento mais recente pelo Programa de Saúde Mental iniciou no ano de 2013. De acordo com o registro no prontuário da psicologia, o entrevistado foi contrarreferenciado pelo CLIPS, que o avaliou com o diagnóstico F20²².

O entrevistado afirmou que a renda que possui junto com sua companheira não é suficiente, pois, além do aluguel, possui despesas de saúde, principalmente pela falta de psiquiatras na rede pública, o que demanda pagar consultas particulares.

Ele contou que a maioria de seus amigos pertence à igreja evangélica Assembleia de Deus, que frequenta há cerca de dez anos. Disse ainda que é caseiro, mas muito ativo nas atividades da igreja, acorda todos os dias às cinco horas da manhã para participar da oração da madrugada. Um dos amigos da igreja paga o plano de saúde de Nivaldo, e outro prometeu arcar com as taxas referentes ao casamento de Nivaldo, que acontecerá em breve. De acordo com ele, seus três irmãos são “cheios da grana” porque casaram com pessoas que já tinham muito dinheiro. Estes o ajudam com o pagamento do aluguel de sua casa.

Podemos observar que as dificuldades financeiras vivenciadas por Nivaldo têm sido sanadas pela família e pelos amigos da igreja, garantindo moradia e acesso ao atendimento psiquiátrico, assim como a manutenção da medicação em uso. Apesar de ter acesso a serviços do plano privado de saúde, ele mantém seu acompanhamento na rede pública de saúde.

²² Codificação referente à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). F20 refere-se ao diagnóstico de esquizofrenia.

Nivaldo já esteve em acompanhamento no antigo ambulatório de psiquiatria de Ipatinga e no CLIPS. No momento, ele faz acompanhamento com a psicóloga por conta de seu “problema mental” e com a nutricionista da Unidade de Saúde de referência porque está “acima do peso”. O entrevistado faz caminhadas e passeia de bicicleta de vez em quando, pois gosta de ver os lugares e as pessoas nas ruas. Ele não gosta de participar das atividades de artesanato que são ofertadas pelo CLIPS, e nem das oficinas ofertadas pela Associação Loucos por Você. Nivaldo não gosta de lugares cheios.

Na entrevista, ele relatou conhecer o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) como o lugar onde ele solicitou o benefício do passe livre municipal. Nivaldo possuía esse benefício, mas por mudanças nos critérios de renovação, não conseguiu renovar seu cartão de passe livre. Relata que a psicóloga do Programa de Saúde Mental fez de tudo para que ele e outras pessoas atendidas conseguissem renovar, mas não foi possível. “Mariah é uma boa pessoa, né? Eu gosto de consultar com a Mariah” (Entrevista de pesquisa).

Na entrevista, Nivaldo mencionou dezesseis contatos. Com todos eles o entrevistado relatou ter uma relação intensa, e se encontrar casualmente com apenas uma pessoa, por esta residir em outra cidade. De todas as pessoas citadas, dez foram identificadas como amigos do grupo da igreja – categoria de destaque na rede de Nivaldo, quatro da família extensa, uma como familiar que reside com ele e uma como amiga. Dos dezesseis contatos mencionados, doze residem no mesmo bairro de Nivaldo, dois em outros bairros de Ipatinga, e o restante reside em outras cidades.

4.3.2 Mariana

Mariana nasceu em 1969, em Córrego Novo, distrito de Vargem Alegre, zona rural da Região Leste de Minas Gerais. Reside em Ipatinga, no bairro Esperança, há dezoito anos. Estudou até a quarta série. Relatou experiências de trabalho como cuidadora de idosas e faxineira. Atualmente Mariana não possui renda própria e é beneficiária do programa de transferência de renda Bolsa Família. A usuária, no momento da entrevista, aguardava resposta da perícia no INSS, referente à solicitação do benefício de auxílio doença.

Mariana reside com o marido, um de seus filhos e a nora. À época da entrevista, a nora estava grávida e Mariana estava ansiosa pelo nascimento do bebê. A usuária relatou que gosta de estar com crianças, brincar com elas. Disse que prefere as crianças aos adultos. Mariana possui um relacionamento muito conturbado com o marido, com que está casada

há 28 anos, e relatou situações de brigas e ameaças de agressão. A usuária se referiu também a conflitos com vizinhos e com uma mulher que participa da mesma igreja. Mariana é muito religiosa. Atuou dezessete anos como vicentina na Igreja Católica e atualmente é evangélica, membro da igreja Deus é Amor.

Mariana relatou que prefere se relacionar com pessoas que gosta, porém reconhece que isso nem sempre é possível, o que gera muitos desentendimentos e discussões. Com quem gosta, Mariana vai visitar em casa, conversa, propõe almoços. A prática de passar na casa das pessoas amigas que residem no mesmo bairro de Mariana e chamar para conversar é um hábito da usuária. Apesar de ser uma prática que a usuária gosta muito de fazer, os registros em prontuário apontam maus tratos pelos vizinhos, que a chamam de “doida”, e repulsa por parte de algumas pessoas da igreja que não gostam de ficar perto dela em razão da sua irritabilidade, impaciência e nervosismo.

Mariana tem muitos problemas de saúde: “coração, pressão, pneumonia, dor no joelho”. O problema no coração demanda tratamento sistemático e idas a Belo Horizonte para consultas. Nos momentos em que não sente vontade de viver lembra da mãe que sempre a ajudava. Mariana acompanhou a mãe em um longo período de internação, o que a fez ficar com “trauma do SAMU” (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), pois a lembra do adoecimento da mãe que ficou mais no hospital do que em casa. Além do cuidado à mãe, Mariana também tem procurado auxiliar o filho mais novo que é “saúde mental”. Este filho voltou recentemente a morar em Pingo D'Água, um pequeno município próximo à Ipatinga onde residem muitos irmãos de Mariana, pois prefere morar na roça. Apesar de não residir mais no município, o filho caçula mantém o tratamento e as consultas com a psicóloga da Unidade de Saúde de Ipatinga. Um dos desejos de Mariana é voltar a morar na roça e levar seus filhos com ela.

Mariana relatou momentos de crises depressivas em que ficou sem comer, triste, chorosa, isolada em casa. A entrevistada descreveu ainda momentos de desespero em que tomou medicamentos para morrer, e mencionou que tem desmaios e não lembra o que acontece quando os têm. Diz que é nervosa e que em algumas situações não consegue controlar seu “nervo”, seu “jeito”.

Mariana relatou que adoeceu no ano 2000 e, desde então, é acompanhada na rede de saúde mental. A entrevistada menciona internação devido ao “problema de coração”, e não por causa do seu problema de “nervo”. No momento da entrevista, Mariana relatou que os sintomas de depressão estão voltando. Na RAPS, Mariana faz acompanhamento com a

psicóloga e o médico de sua equipe de saúde da família. Neste último caso, apenas para troca de receita. Mariana fez críticas ao atendimento de algumas técnicas de enfermagem da equipe. Se pudesse escolher, a entrevistada gostaria de ser atendida apenas por uma das técnicas de enfermagem. Mariana relatou fazer uso, não muito regular, dos medicamentos Levozine e Diazepam, que consegue retirar sem muita burocracia na Unidade de Saúde. Em seu prontuário, há os seguintes registros de diagnósticos ao longo do acompanhamento: F32.3, F29, F60.9, F43.2, F32²³. A entrevistada já participou das oficinas de artesanato da Associação Loucos por Você e relatou desejo de voltar a participar. Sobre o acompanhamento pela psicologia afirmou: “Quando eu converso com Mariah, parece que eu sinto melhor” (Entrevista de pesquisa).

Na entrevista, Mariana mencionou quinze contatos. Com todos eles a entrevistada relatou ter uma relação intensa e frequente. De todas as pessoas citadas, quatorze residem no mesmo bairro da entrevistada, e apenas uma reside em bairro vizinho. Das quinze pessoas que Mariana mencionou, quatro ela considera como colegas, quatro ela considera como “irmãos da igreja”, duas a entrevistada categorizou como profissionais de saúde, duas como família domiciliar, duas como família extensa e uma pessoa como amiga.

A presença da religião na rede e na trajetória de vida desta usuária se destaca. As profissionais de saúde mencionadas foram a psicóloga e a técnica de enfermagem com quem Mariana gosta de ser atendida. Apesar da entrevistada ter mencionado o hábito de ir às casas dos vizinhos de bairro, a categoria vizinhança não foi uma categoria mencionada para caracterizar os vínculos que ela elegeu para descrever sua rede. Se considerarmos os registros de seu acompanhamento, podemos perceber que a entrevistada é possivelmente estigmatizada pela população do bairro, o que inclui a igreja e até a Unidade de Saúde, porém, a usuária encontra pessoas nesse contexto com as quais se sente acolhida.

4.3.3 Lila

Lila tem 49 anos e reside em Ipatinga há 38 anos, quase todo esse período no bairro Esperança. Ela mora com o marido, com quem é casada há 28 anos, e tem uma filha de 23 anos que atualmente reside em Belo Horizonte. Segundo a entrevistada, a filha está

²³ F32.3 (Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos), F29 (Psicose não-orgânica não especificada), F60.9 (Transtorno não especificado da personalidade), F43.2 (Transtornos de adaptação), F32 (Episódio depressivo leve)

terminando o curso superior e se preparando para realizar pós-graduação. Lila é formada em Letras e pós-graduada em Língua Portuguesa. É professora da rede estadual e, no momento da entrevista, estava afastada do trabalho em razão dos problemas de saúde. Desde o início do tratamento, Lila teve recorrentes licenças do trabalho e diversos pedidos de exames clínicos, neurológicos e ortopédicos. A usuária relatou ter depressão há cerca de vinte anos e “dissociação”, razão pela qual faz uso regular de medicação, e é acompanhada, desde 2006, pelo Programa de Saúde Mental. A usuária foi avaliada, ao longo dos anos de acompanhamento, com os seguintes diagnósticos: F33.1, F41, F33, F60.4²⁴.

Lila tem mãe e irmãs que moram próximas a sua casa. Em momentos da entrevista, ela queixou-se de seu relacionamento com o marido e com a família. Disse que alguns entendem seu sofrimento e outros não, mas, segundo ela, nenhum destes a ajuda nos momentos em que mais precisa. Situações que descreve como momentos de medo, de pânico e de ideação suicida.

Conta que gosta de estudar sobre saúde mental, que faz pesquisas no site de buscas *Google* e sempre que tem oportunidade questiona os profissionais que a acompanha sobre temas relacionados ao seu adoecimento, ao sofrimento mental e a formas de tratamento de uma maneira geral. A entrevistada valoriza e tende a legitimar apenas as falas das pessoas que são especialistas.

Lila tem muitas críticas à rede de saúde mental em Ipatinga, sugerindo a necessidade de oferta de psicoterapia e de atendimentos psiquiátricos – “feitos pela psiquiatria, e não por clínicos gerais” – para a maioria dos casos de saúde mental que são atendidos na rede pública. Além disso, acha necessária a criação de um espaço no qual as pessoas em crise, mesmo aquelas que “não estão jogando pedra”, possam acessar e permanecer sempre que necessitarem. O que não é o caso do CLIPS, segundo a usuária. A entrevistada chegou a realizar mobilizações locais, como abaixo-assinados, para reivindicar oferta de consultas psiquiátricas para a população do município, porém, sem êxito. Pela ausência destes profissionais para atendimento de forma ambulatorial na rede, a usuária acabou optando, mesmo com muitas dificuldades financeiras, por permanecer com o acompanhamento particular.

²⁴ F33.1 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado), F41 (Transtorno de pânico), F33 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve), F60.4 (Personalidade histriônica).

A ausência dessas ofertas no município, a partir da própria vivência das crises, levou a usuária a questionar a eficácia de uma rede sem manicômios, tendendo a concordar com a necessidade de hospitais psiquiátricos, porém faz a ressalva de que estes não devem “repetir Barbacena”. Lila contou que faz acompanhamento com psiquiatra particular e com a psicóloga do Programa de Saúde Mental há muitos anos. Sobre o acompanhamento pela psicóloga da saúde mental, Lila afirmou:

Eu acho assim: se pelo tempo que eu tô com a Mariah, se a Mariah estivesse fazendo um trabalho comigo como deve ser o trabalho de um psicólogo... Se ela tivesse tempo, se ela tivesse sala, tudo isso... Porque assim, aqui todo mundo adora a Mariah. Eu fico contando os dias, porque aqui a única coisa que eu tenho aqui em Ipatinga de apoio é a Mariah e o meu médico, mas ele não é da rede. (Entrevista de pesquisa)

Na entrevista, Lila mencionou seis contatos. Todas as pessoas citadas compõem a família de Lila, sendo uma residente no mesmo domicílio que a entrevistada, e as outras quatro residentes no mesmo bairro. A entrevistada relatou ter contato frequente com as seis pessoas mencionadas e indica uma relação mais intensa com apenas uma pessoa. Esta entrevistada difere-se do perfil dos demais, pois possui pós-graduação e vínculo empregatício estável, apesar dos longos e recorrentes afastamentos do trabalho por razão de adoecimento. Apesar de ter possibilidade de participação em outros círculos sociais, como aqueles relacionados ao trabalho e à formação acadêmica, a usuária foi uma das entrevistadas que mencionou o menor número de pessoas como componentes de sua rede.

4.3.4 Juliano

Juliano nasceu em 1991. Atualmente reside no município de Pingo D'Água, com a companheira, com quem namora desde 2016, e mais três enteados. O entrevistado disse que não mora em Ipatinga por conta da relação difícil que tem com seus pais. Segundo ele, embora o convívio com seu pai tenha melhorado, prefere ficar na roça com os demais familiares, pois os pais brigam muito. Sua mãe também é acompanhada pela RAPS de Ipatinga e foi entrevistada nesta pesquisa (Mariana). Juliano considera que a mãe tem a “cabeça quente”. A casa fica muito suja e barulhenta, o que acha melhor evitar. Para ele, em Pingo D'Água a vida é mais tranquila, e ele “até faz almoço” para a esposa e enteados, pois ela trabalha fora.

Juliano adoeceu por volta de 2010 – não se recorda muito bem o ano, apenas que foi no momento em que terminou o ensino médio – e, desde então, tem sido atendido pelo Programa de Saúde Mental. Ele descreve duas razões para sua depressão: ter desejado muito trabalhar, ganhar seu dinheiro e ser alguém na vida quando se formou, e ter tomado uma vitamina muito forte, indicada por um farmacêutico, que o deixou “doido”. Juliano lembra que sua primeira crise foi muito forte, ficou agressivo e procurou a Unidade de Saúde para atendimento naquela situação. O SAMU foi acionado e, a partir desse evento, passou a ser atendido no CLIPS. O usuário viaja para Ipatinga uma vez por mês para consultar com a psicóloga da saúde mental e explica que, como foi atendido pela psiquiatria na rede de Ipatinga apenas uma vez, buscou consulta psiquiátrica em outra cidade.

Juliano disse que gostava de fazer musculação, mas parou porque sentia muitas dores, já que seu corpo hoje está fraco devido aos medicamentos que toma. Ele já trabalhou com cultivo e venda de abelhas, mas um de seus amigos roubou suas caixas de abelhas, o que gerou um desentendimento entre eles e, em razão desse episódio, Juliano teve que cumprir pena alternativa de prestação de serviço à comunidade. Este serviço foi prestado na Associação Loucos por Você. Nos registros de atendimentos aos usuários, há relatos da articulação feita entre técnica de referência em saúde mental, o CLIPS, a Central de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas (CEAPA) e a Associação Loucos por Você. Logo após o cumprimento da pena, Juliano retornou aos trabalhos com a produção de mel e com o plantio de legumes e verduras para consumo próprio, mas não conseguiu ter regularidade na realização destas atividades.

Juliano contou que possui bom relacionamento com muitos familiares que já o ajudaram em momentos difíceis, seja ofertando quarto para que ele dormisse ou uma cesta básica, seja auxiliando no transporte para o hospital, por exemplo. Juliano possui amizades que não gostaria de perder e, por isso, afirmou que não gostaria de morar longe. Além disso, ele estabelece contato com familiares e amigos através de visitas e do uso do *WhatsApp*, aplicativo através do qual, ele se insere no “grupo da família”.

Na entrevista, Juliano citou 24 contatos, sete residentes em Ipatinga, dezesseis residentes em outras cidades de Minas Gerais, e um residente em outro estado. Do total de contatos, Juliano considera que possui uma relação mais intensa com quinze pessoas, e fraca com nove contatos. Com relação à frequência, Juliano tem encontros frequentes com dezessete pessoas e casualmente com sete. Os tipos de relações indicadas pelo entrevistado foram as seguintes: quatorze são pessoas que compõem sua família extensa, sete são

familiares que residem com ele, seja em Ipatinga ou em Pingo D'Água, e uma pessoa foi considerada amiga de infância, não vinculada às categorias anteriores.

A família extensa se destaca nessa rede. Apesar da distância geográfica, Juliano considera que pode contar com esses familiares. Estes o tem ajudado nos momentos mais difíceis que, no caso do entrevistado, estão relacionados à instabilidade financeira e ao adoecimento. Juliano tem buscado alternativas para se manter com a família, pois considera que permanecer com a família de origem é algo que não fará bem para ele.

4.3.5 Alessandro

Alessandro nasceu em 1977, em Ipatinga. Reside com os pais e irmãs no bairro Esperança há mais de 28 anos, e tem experiências de trabalho em oficina mecânica e na construção civil, porém, precisou ser afastado do trabalho em razão de problemas oftalmológicos.

Ele relatou que tem esquizofrenia – diagnóstico que o informaram em seu tratamento, mas considera que também tem depressão e que se assustou quando foi informado sobre o diagnóstico de esquizofrenia. À época da entrevista, ele estava pesquisando sobre a junção da esquizofrenia com a depressão. O usuário nunca esteve internado em razão do sofrimento mental e está em acompanhamento no Programa de Saúde Mental desde o ano de 2009.

Com relação ao atendimento na RAPS, Alessandro avaliou que é “uma burocracia grande” para ser atendido no CLIPS e também para agendar atendimento médico. Ele queixou-se do atendimento de algumas técnicas de enfermagem da Unidade em que é referenciado, sugerindo descaso e falta de paciência para atendê-lo. O usuário relatou que já foi atendido no CRAS para solicitar passe livre para pessoas com deficiência, mas o benefício não foi deferido.

Alessandro gosta de música e de plantas. Já tocou bateria em banda da igreja e percussão na Associação Loucos por Você, onde participa diariamente das atividades. Atualmente é presidente da Associação Mente Sã e participa do projeto Florescer plantando e vendendo mudas de plantas.

A maioria das pessoas que considera pertencer à sua rede pessoal estão ligadas aos projetos que participa e a profissionais que o atendem. Considera que sua rede social é seu “campo de proteção”. Alessandro evita ficar em casa com os pais, apesar da aproximação recente em razão do envelhecimento dos pais e necessidade de cuidados destes. Contou que

teve uma educação rígida e que tem dificuldades na convivência com os pais. Alessandro usa *WhatsApp* e *Facebook* para se comunicar com os amigos e com a psicóloga.

De acordo com o prontuário da psicologia, Alessandro tem sido atendido por este serviço desde o ano de 2009. Há várias solicitações de revisão de medicamentos e conversas da psicologia com a família, com a Associação Loucos por Você, com equipes do CLIPS e da Unidade de Saúde, com o pastor da igreja. As principais queixas do usuário estão relacionadas à vontade de morrer, à inquietude, nervosismos, conflitos com os pais e irmã. Sente-se bem menos angustiado quando conversa com as pessoas, faz passeios, viagens e quando é atendido pela psicologia.

Alessandro sabe que pode procurar os serviços quando se sente mal e o faz, seja na Unidade de Saúde ou no CLIPS. Sobre o acompanhamento pela psicóloga da saúde mental, Alessandro avalia:

Quando chega mais ou menos, assim, o dia de ser atendido, eu já chego mais aliviado, sabe? Traz um alívio. (...) Aí, eu venho cá, a gente bate um papo... Semana passada, ela me pegou de... ela me virou de cabeça para baixo porque foi fazendo um monte de pergunta. E aquilo foi mexendo, foi me fazendo pensar e aquilo. (Entrevista de pesquisa)

Na entrevista, Alessandro citou quatorze contatos, doze residentes em Ipatinga, um residente em outras cidades de Minas Gerais, e um residente em outro estado. Do total de contatos, Alessandro considera que possui uma relação mais intensa com doze pessoas, e fraca com o restante. Também são doze as pessoas com as quais Alessandro se encontra com mais frequência, e duas casualmente. É importante ressaltar que não as mesmas pessoas com as quais Alessandro encontra com frequência a quem ele atribui uma relação mais forte em termos de intensidade. Exemplo disso são seus pais, pessoas com quem reside, mas que Alessandro avalia que não pode contar quando necessita de algum apoio.

Os tipos de relações indicadas pelo entrevistado foram as seguintes: duas pessoas são familiares que residem com ele, três são pessoas que compõem sua família extensa, quatro estão relacionados ao cuidado em saúde e quatro à participação em movimentos sociais, no caso deste usuário, a Associação Loucos Por Você, e com uma pessoa Alessandro caracterizou sua relação como uma relação de amizade, não vinculada a categorias anteriores.

As interações estabelecidas no acompanhamento em saúde e na participação na Associação Loucos por Você se destacam na rede deste usuário.

4.3.6 Dora

Dora nasceu em 1964, na cidade Manhuaçu, na Região da Zona da Mata Mineira. Já morou em outros bairros da cidade de Ipatinga, mas faz questão de destacar que reside no bairro Esperança há mais de vinte anos. Atualmente reside sozinha, em lote compartilhado com a casa da mãe.

A entrevistada é divorciada e tem uma filha com quem tem pouco convívio. Dora namora, gosta de ficar em casa na companhia do namorado e planeja entrar na aula de dança. A entrevistada disse ter amigas que considera como se fossem da sua família. Ela gosta de trabalhar na organização e na reforma da casa, e no cuidado com plantas. Tem formação técnica em edificações e possui experiências de trabalho em funções administrativas, todas em período anterior ao casamento. E, recentemente, trabalhou em uma floricultura.

Dora faz acompanhamento em saúde há cerca de vinte anos e tem passagens em diferentes serviços da rede, como CLIPS, Unidade de Saúde e Hospital Marcio Cunha, e já esteve internada em hospital geral na região em razão do sofrimento mental. Ela localiza a origem de suas crises nos momentos em que avalia que se “desestrutura”, no relacionamento com a família que é muito “desligada”. Dora contou que tem esquizofrenia e que precisa de apoio no momento das crises, pois sabe que com o tempo se estrutura de novo. Dora afirmou que se sente segura em procurar o atendimento da psicologia na Unidade de Saúde sempre que necessita.

De acordo com o prontuário da psicologia, Dora iniciou seu tratamento diagnosticada com depressão com sintomas psicóticos, porém, nos últimos anos seu diagnóstico tem sido definido como um quadro de neurose, F44.7²⁵. Há muitos registros sobre crises dissociativas da entrevistada, em especial no espaço do consultório no momento dos atendimentos. Conforme relato de atendimento, a usuária considera que expressa com os movimentos do corpo as dificuldades e pressões que tem no relacionamento com a mãe, principalmente, mas também com a filha, com irmãos e com o ex-marido. Segundo Dora, a possibilidade de

²⁵ F44.7 (Transtorno dissociativo misto).

acesso a qualquer hora ao atendimento na Unidade de Saúde é que gera segurança para ela não desestruturar.

Sobre o acompanhamento pela psicóloga da saúde mental, Dora disse:

Eu sinto ela não uma psicóloga pra mim; eu sinto [que ela é] minha melhor amiga. (...) E ela entende como vai... né? Como eu vou saber controlar aquilo! Igual essa semana passada, ‘tava numa crise assim de... sem saber o que fazer, né? ‘Tava me desestruturando de novo. Aí, eu... eu falei: “Mariah, eu vou...”. Ela já sabe, ‘que, se eu procurar ela... Não que eu procure ela direto, mas, assim, na hora que ela sabe que eu ‘tô procurando ela, que eu cheguei ali sem consulta, ela sabe que ‘tá pesado. (Entrevista de pesquisa)

Na entrevista, Dora citou 31 contatos, 26 residentes em Ipatinga, dois residentes em outros municípios do Vale do Aço, dois residentes em outras cidades de Minas Gerais, um e residente em outro estado. Do total de contatos, Dora considera que possui uma relação mais intensa com 23 pessoas, e fraca com o restante. Com relação à frequência, a entrevistada relatou que encontra constantemente com vinte pessoas e casualmente com onze. Os tipos de relações indicadas pela entrevistada foram as seguintes: uma pessoa é familiar que reside com ela, treze são pessoas que compõem sua família extensa, quatorze são relações de amizade e três são vizinhas.

Destaca-se nessa rede a quantidade de pessoas com as quais esta usuária estabeleceu relação de amizade, incluindo neste grupo os profissionais de saúde com os quais realiza ou realizou acompanhamento em saúde mental.

4.3.7 Geise

Geise nasceu em 1975 na cidade de Tarumirim, na região mineira do Vale do Rio Doce. Atualmente ela reside junto com a mãe, que viaja muito, e com um irmão, que no momento também realiza tratamento na RAPS de Ipatinga. Geise relatou que se preocupa com o irmão e busca sempre ajudá-lo. A entrevistada reside desde criança no bairro Esperança, em Ipatinga, o que contabiliza mais de quarenta anos. Geise é divorciada e tem uma filha com quem não tem muito convívio.

Geise relatou muitos conflitos com a família, principalmente com o ex-marido. A entrevistada relatou que só quando está nos momentos mais graves de crise que sua mãe e

outros familiares intervêm. Fora as situações de crise, Geise não se sente acolhida pela família. A usuária já participou de atividades da Associação Loucos por Você onde fez amigos. Apesar de mencionar ter amigos, destaca que a lista de pessoas com quem pode contar é “mínima”.

Recebe pensão alimentícia, que é a sua fonte de renda atual. Tem experiência de trabalho como babá e como frentista de posto de combustível, mas ressentido não poder atuar mais nessas profissões por recomendação médica.

A entrevistada contou que sente muito desânimo e que se isola socialmente, por isso não participa de movimentos ou grupos sociais, e tem dificuldades em sair de casa. Quando sai de casa sozinha busca seguir todas as orientações que seu médico passou para que consiga ser acolhida por alguém na rua, caso tenha crise de pânico.

Geise relatou que já quis morrer, mas que hoje faz tratamento psiquiátrico e psicológico, e isso a ajuda a controlar as crises. Segundo a entrevistada, o adoecimento veio a partir do momento em que começaram os conflitos conjugais, o processo de divórcio e da retirada da guarda da filha.

A entrevistada afirmou estar em tratamento há vinte anos na rede pública e privada, e relatou histórico de internação em hospitais gerais da região. Além disso, mencionou ter sido submetida a procedimentos como eletrochoque e soroterapia. Lembra de ter tido seis encaminhamentos para internação psiquiátrica, porém estas não foram aceitas pela família.

Tem conhecimento do seu diagnóstico, mas só soube quando “apertou” o médico para saber. De acordo com o prontuário da psicologia, Geise faz acompanhamento no Programa de Saúde Mental desde 2005 e tem passagens em duas Unidades de Saúde, CLIPS e Pronto Socorro Municipal. Muitas avaliações diagnósticas foram feitas ao longo do seu tratamento – F25, F31, F33, F34, F38, F44, F45, F48, F60²⁶, o que foi acompanhado por muitas alterações das prescrições de medicamentos.

Geise sempre se queixou de não obter melhora de seus sintomas com o uso dos psicofármacos. Outra demanda que Geise colocou de forma recorrente nos atendimentos é o pedido por laudos para perícias no INSS com vistas ao auxílio doença. Na maioria das ocasiões não houve deferimento do benefício por não haver acompanhamento por

²⁶ F25 (Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco), F31 (Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco), F33 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve), F34 (Transtornos de humor persistentes), F38 (Outros transtornos do humor isolados), F44 (Amnésia dissociativa), F45 (Transtorno de somatização), F48 (Outros transtornos neuróticos), F60 (Transtornos específicos da personalidade).

especialista, no caso, pela psiquiatria, o que também gerou queixas por parte da família à rede. Os relatórios de acompanhamento, em sua maioria, foram elaborados pela psicóloga de referência. Sobre o acompanhamento pela psicóloga da saúde mental, Geise avalia:

A Mariah me conhece há muitos anos. (...) E os outros psiquiatras sabem. Muitas das vezes eu não quero fazer nada. Até minha menina, às vezes, briga comigo, quando ela vem cá, né? E a gente não quer, mas a psicologia 'tá aqui pra quê? Pra levantar a autoestima! Pra conversar com você e tudo. (Entrevista de pesquisa)

Na entrevista, Geise citou nove contatos, todos residentes em Ipatinga. Do total de contatos citados, Geise considera que possui uma relação mais intensa com sete pessoas, e fraca com as outras duas. Com relação à frequência, a entrevistada relatou que encontra frequentemente com todas as pessoas citadas. Com relação ao local de moradia, todos os contatos de residem em Ipatinga, sendo 4 no bairro Esperança e o restante em bairros próximos. Os tipos de relações indicadas pela entrevistada foram as seguintes: duas pessoas são familiares que residem com ela, quatro são relações de amizade, duas são relações de vizinhança e uma foi caracterizada como relação de cuidado em saúde.

4.3.8 Iara

Iara nasceu em 1973 na cidade de Coronel Fabriciano. Reside há 17 anos em Ipatinga, no bairro Esperança. Mora com o marido, com quem é casada há vinte anos, e tem uma filha de 20 anos que é estudante universitária e atualmente reside na cidade de Governador Valadares, também em Minas Gerais. Iara é aposentada por invalidez há, aproximadamente, dez anos.

A entrevistada relatou que adoeceu há, aproximadamente, dez anos enquanto trabalhava como costureira em uma fábrica. Iara relatou que desmaiou no trabalho, foi levada para o hospital e que quando acordou não lembrava de nada, nem reconhecia as pessoas, apenas a filha. Iara possui uma relação muito próxima com a filha. Esta, desde muito nova, busca apoiar a mãe no dia-a-dia e a acompanha nos atendimentos e atividades da vida diária.

A entrevistada relatou episódios na relação com o marido que indicam uma relação abusiva com eventos de violência de diferentes tipos. Uma das saídas que Iara construiu para sair mais de casa, se relacionar com mais pessoas, ficar mais tempo afastada do marido e ter controle sobre a própria renda foi retornar ao trabalho.

Iara trabalha como diarista em casas de pessoas conhecidas e em uma academia, trabalhos que conseguiu por indicação. Este é um assunto delicado, pois ela tem receio de perder seu benefício, apesar de considerar a importância do trabalho para sua saúde e, principalmente, para sua independência e autonomia. Iara deseja voltar aos estudos, mas no momento tem investido e incentivado a filha a cursar o ensino superior.

De acordo com o prontuário da psicologia, Iara faz acompanhamento no Programa de Saúde Mental há cerca de dez anos e possui quadro compatível com F45 e F33.2²⁷. Iara considera que teve uma depressão muito forte e ficou “doida mesmo”. Emagreceu, perdeu cabelo e teve problemas na pele por questões emocionais. Iara passou por várias adaptações medicamentosas e algumas das crises que teve com pressão baixa, desmaios e quase morte, Iara avalia que pode ter sido em decorrência de hiperdosagem de medicação administrada pelo marido sem o seu conhecimento. A entrevistada contou que teve apoio e orientação de um médico do pronto socorro, e da psicóloga que a acompanha, para lidar com a suposta hiperdosagem administrada pelo marido. Além disso, também teve orientação e suporte da psicóloga e de uma funcionária do banco para ter a posse do cartão através do qual recebe sua aposentadoria. Somente assim a usuária foi capaz de receber e administrar o próprio benefício comprando coisas para si e para filha, e de administrar a própria medicação ao ter acesso à cópia da receita médica, disponibilizada pela psicóloga.

Recentemente o marido de Iara adoeceu e está em avaliação psiquiátrica. Iara contou que após uma briga intensa, o marido começou a falar coisas sem nexo e precisou ser internado. À época da entrevista, Iara afirmou que estava mais aliviada por não ter as pressões e agressões do marido, e que estava pensando em se separar. Sobre o acompanhamento pela psicóloga da saúde mental, Iara avaliou:

A Mariah me ajudou demais da conta! Nossa, se não fosse ela, eu ‘tava presa dentro de casa até hoje, doida. Eu... eu era doida! Se não tivesse esse negócio aqui, ó, como é que eu ia fazer? Eu consulto com a Mariah semana que vem, né? (...) E, quando eu venho, eu saio daqui bem mais leve. Eu acho que eu despejo os problemas tudo nela, coitada! Depois, eu saio e fico até com vergonha, porque eu falo assim: “Nossa, gente! E a cabeça dela?”. Mas é que eu vou embora até leve. (Entrevista de pesquisa)

²⁷ F45 (Transtorno de somatização) e F33.2 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos).

Do total de contatos mencionados na entrevista, seis pessoas, Iara considera que possui uma relação mais intensa com cinco pessoas, e fraca com o restante. Com relação à frequência, a entrevistada relatou que encontra frequentemente com todas as pessoas citadas, apesar de três delas residirem em outros municípios. As três pessoas que residem em Ipatinga moram no bairro Esperança. Os tipos de relações indicadas pela entrevistada foram as seguintes: uma pessoa é familiar que reside com ela, no caso, seu marido, duas são pessoas de sua família extensa, duas são relações de trabalho e uma foi caracterizada como relação de cuidado em saúde.

4.3.9 Arnaldo

Arnaldo nasceu no município de Caruaru, Pernambuco, e ainda criança, em 1979, se mudou com o pai, que migrou em busca de trabalho, para a cidade de Ipatinga. O entrevistado contou que desde aquele período trabalha com o seu pai. Arnaldo é aposentado por invalidez há treze anos e é interditado parcialmente. Tem como curadora a sua esposa. Ele relatou que a aposentadoria foi em razão do seu quadro de transtorno bipolar. O entrevistado possui experiências de trabalho em vendas como camelô e vendedor de frutas. A última experiência de emprego formal foi em inspeção mecânica USIMINAS, área de sua formação técnica. Arnaldo fez muitos amigos nessa empresa, destacando aqueles que o capacitaram para o trabalho.

Arnaldo reside com a esposa e as três filhas. O entrevistado relatou que não conseguiria viver sem o apoio da esposa, sua principal cuidadora. E que, além disso, se relaciona bem com suas filhas. A família é assistida pelo CRAS. Segundo Arnaldo, as filhas participam das atividades coletivas para jovens, e a esposa participa do grupo de mulheres. Já o entrevistado, gosta de acompanhar as atividades que os missionários da igreja realizam de visita a famílias no bairro.

Atualmente, o usuário faz acompanhamento com psiquiatra particular. Relata que fez um combinado de revezamento de consultas com o médico de referência da equipe de saúde da família. Pelo menos, de quatro em quatro em meses este deve ir ao psiquiatra particular para reavaliar sua prescrição medicamento. Durante o intervalo, o médico da unidade se comprometeria a renovar as suas receitas. Além do atendimento médico, Arnaldo faz acompanhamento regular com a técnica de referência em saúde mental, com o objetivo de monitoramento do quadro. O usuário também já foi atendido no CLIPS. Segundo Arnaldo,

sua esposa não gosta do atendimento ofertado neste equipamento. “A minha esposa detesta, sabe? Ela não gosta, porque ela acha que tem que ser melhor” (Entrevista de pesquisa).

O usuário disse que, em razão do aumento progressivo da mensalidade do plano de saúde, adquirido por meio do vínculo com a USIMINAS, ele e a esposa fizeram a opção de desvincular do plano de pagar as consultas particulares, colocando a equipe de saúde como retaguarda. Além disso, o dinheiro que era gasto com o plano de saúde foi investido na compra de um carro. Arnaldo gosta muito de dirigir, mas avalia que não tem mais condições e, por isso, o carro fica mais com sua esposa.

Arnaldo tem histórico de internações em hospitais psiquiátricos localizados em Belo Horizonte, e em hospitais gerais da região. A primeira crise que requereu internação foi em 1997. Segundo o usuário, suas crises acontecem de “sete em sete anos”. A última foi em 2014.

O entrevistado relatou situações em que ficou preso por ter cometido desacato a policial. Arnaldo relaciona esses eventos ao não uso dos medicamentos que contribuiu para que ele ficasse “eufórico demais”.

Arnaldo citou quatorze pessoas que compõem a sua rede. Todos residem em Ipatinga, sendo sete no bairro Esperança, cinco no bairro vizinho, Ideal, e duas no Veneza. O entrevistado considera que possui uma relação mais intensa com treze das pessoas citadas, e frequente com onze. Com relação aos tipos de relação, Arnaldo informou que quatro pessoas são familiares que residem com ele, cinco pertencem à família extensa, e cinco são pessoas com as quais o entrevistado estabeleceu relação de amizade.

Destaca-se no grupo de amigos, pessoas que Arnaldo conheceu no trabalho. Com um deles, o usuário relatou ter um laço mais forte. Este amigo também é usuário da RAPS, foi aposentado por invalidez alguns anos antes de Arnaldo, e é participante da Associação Loucos por Você.

4.3.10 Flávia

Flávia nasceu em 1976, em Ipatinga, e mora há mais de trinta anos no mesmo bairro. A entrevistada reside em casa separada no lote da casa do pai e sua família.

Flávia relatou receber o benefício de prestação continuada há cinco anos. Tem experiências de trabalho como diarista e funcionária da Associação Loucos por Você, associação da qual participou da fundação, no final da década de 1990. A entrevistada é

membro dessa associação e da RENILA (Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial). A usuária possui trajetória de participação política e de representação dos usuários de saúde mental nas instâncias de controle social. A vivência cultural da entrevistada também é rica. Flávia é poetisa e autoras de dois livros. A usuária também desenha roupas.

Flávia contou que está em tratamento desde o ano de 1999. Relatou cinco internações, 3 em hospitais psiquiátricos localizados em Belo Horizonte, e duas em hospitais gerais do Vale do Aço. Segundo a entrevistada, uma das internações foi paga com o dinheiro que o pai conseguiu promovendo festa junto com os colegas da igreja que ele participa. A última internação, ocorreu numa articulação do CLIPS com a Associação. Relatou que teve diferença desta última para as demais, pois permaneceu apenas no período da crise. “Eu fiquei lá quando estava em surto só, ué! Melhorava, voltava à vida normal” (Entrevista de pesquisa).

Quando questionada sobre seu diagnóstico, Flávia relatou que conhecia, mas que foi sendo modificado ao longo dos anos.

É, cada hora escreve... cada hora aparece um trem. Ó, eu já dei síndrome do pânico, eu já dei... bipolar, esquizofrenia, maníaco-depressiva, depressão. Uai, que disgrega é essa? Não sei, não, ué. Mas eles falam mais que é esquizofrenia, mas eu não tenho sintoma de esquizofrenia, não. Eu acho que não tenho esquizofrenia, não. Eu não sou agressiva! Eu tenho meus momentos de nervosismo, mas, aí, eu converso com alguém. Eu sei que ‘tô nervosa, aí eu vou desaparecer, vou beber uma água gelada, entendeu? Vou ver televisão, vou ligar o rádio. Não pode, não, uai! Não pode ficar assim, não. Tem que ficar calma. (Entrevista de pesquisa)

Com relação à assistência ofertada pela equipe de saúde da família, a entrevistada relatou que a equipe não troca sua receita há três anos. “Nem me vê”, disse a usuária com relação ao atendimento médico. Flávia preferiu não dizer muito sobre a rede, pois considera que é “estressante falar sobre a rede. Tem o CLIPS, o SAMU, a Loucos e acabou. Cadê a RAPS? Não tem RAPS” (diário de campo, 21 de setembro de 2016). Refletindo sobre a rede, e sobre as possibilidades de melhorá-la, Flávia completou: “Passou da hora de ter um Fórum de usuários da Saúde Mental” (Entrevista de pesquisa).

Na entrevista, Flávia mencionou sessenta contatos. Poderia ter citado mais pessoas, porém a entrevistada me perguntou um limite e, no momento mesmo da entrevista, estabeleci com ela este número. A usuária encontra frequentemente com todos, e considera que pode

contar com todos nos momentos em precisar de algum apoio. A entrevistada fez referência às necessidades financeiras, indicando que até nessa situação pode contar com a sua rede. Um fato curioso é que a entrevistada me incluiu em sua lista. Já havia encontrado com ela em eventos acadêmicos, conferências de saúde mental e manifestações públicas, como o desfile do 18 de maio. Porém, não imaginava que isto já seria suficiente para ser incluída em sua rede pessoal. Possivelmente, o fato de já ter externado meu engajamento com a luta antimanicomial, a fez se sentir próxima.

Dos sessenta contatos citados, 53 residem em Ipatinga, quatro em outros municípios do Vale do Aço, um em outra cidade de Minas Gerais, um em outro estado e um em outro país. Dentre os que residem em Ipatinga, 51 moram no bairro Esperança, local onde reside grande parte de sua família e onde hoje está localizada a sede da Associação Loucos por Você. Com relação aos tipos de relação, 22 pessoas pertencem à família extensa, dezenove são vizinhos, sete pertencem à igreja que Flávia participa, e doze são pessoas com as quais a entrevistada estabelece uma relação de amizade.

De todos os entrevistados, esta foi a rede mais numerosa e uma das mais heterogêneas. A maior parte dos amigos de Flávia pertencem ou já participaram da Associação, inclusive o primeiro psicólogo da Unidade de Saúde de referência para Flávia, que é um dos co-fundadores da Associação. Outro destaque a ser feito é a quantidade significativa de laços com a família extensa.

4.3.11 Elza

Elza nasceu em 1964 na cidade de Conselheiro Pena, em Minas Gerais, e há 27 anos reside em Ipatinga, no bairro Esperança. Atualmente, ela reside com o filho adolescente e sonha em ter um namorado. Elza estudou até a sétima série, mencionou nunca ter tido experiência de trabalho e considera ser “do lar”. Tem interesse em voltar aos estudos, mas vai aguardar o filho completar o ensino médio na turma do EJA (Educação Jovens e Adultos), pois estudariam juntos e o filho não aceita que a mãe volte a estudar com ele. A entrevistada possui como renda o benefício do Programa Bolsa-Família.

Elza tem longo histórico de acompanhamento pelo Programa de Saúde Mental por meio dos atendimentos dos psicólogos lotados nas Unidades de Saúde. Ela relatou ter epilepsia e depressão. Já esteve internada em hospitais gerais da região. A usuária avaliou

que os atendimentos realizados pela psicóloga técnica de referência em saúde mental ajudam muito, perde apenas para a ajuda de Deus.

Igual, pra você ver, agradeço primeiramente a Deus, né? À Mariah, que colocou eu, mandou eu ir pro CLIPS lá, né? E o pessoal lá é muito legal, entendeu? Gosto dos meninos, das meninas. Eles me trata tudo com amor, tudo com carinho, entendeu? Elas [técnicas que conduzem as oficinas no CLIPS] gosta deles [usuários]. Também ajuda muito, entendeu? (Entrevista de pesquisa)

Com relação ao atendimento médico da equipe de saúde família, a entrevistada considerou que não está sendo bem atendida e externou conflitos na relação com este profissional da equipe:

Não caga nem sai da moita, né? Só trata de receita pra gente, né? Ah, mas Deus abençoe que saia e entre uma outra pessoa, né? Que seja bom, né? Porque eu mais ele, nós briga demais! Ele é burro e ignorante e, se não souber levar eu, sou burra e ignorante também. Aí, junta a fome com a vontade de comer, é perigoso até dar porrada. (Entrevista de pesquisa)

Elza já participou as oficinas da Associação Loucos por Você e pretende voltar agora que a Associação está mais próxima à sua casa. No momento, participa das oficinas que acontecem no CLIPS, voltadas para os usuários do Programa de Saúde Mental como um todo, e que têm o objetivo de gerar renda. Apesar de não gerar renda, de fato, como em sua experiência na Associação, Elza considera que o dinheiro arrecadado ajuda quem não recebe salário ou benefício maior, que é caso dela. Além disso, avaliou que contribui muito para sua saúde mental:

É igual pra você ver: não sou aposentada, não tenho benefício e nada. Meu problema é sério. (...) Tenho ganho nenhum. Somente os 125 do Bolsa Família só e mais nada. Passo muito aperto, muita dificuldade. Eu tenho vontade, interesse de poder trabalhar. Meu sonho, entendeu? Trabalhar! Igual, uma vez eu comecei a trabalhar na oficina. O homem me aceitou eu e a esposa dele ficou sabendo que eu tinha epilepsia. Mandou embora! Eu fiquei tão triste, entendeu? Eu não trabalho porque direto eu tenho minhas crises. (Entrevista de pesquisa)

Além das oficinas no CLIPS, Elza relatou que participa de uma igreja que a auxilia com alimentos básicos, visto a sua situação de vulnerabilidade de renda:

Igual, eu ‘tô lá na Assembleia de Deus lá, aí dá o básico, entendeu? Assim, o arroz, o feijão. A igreja, né? Arroz, o feijão, um óleo. Não dá pro mês. (...) Porque eu passei uma crise de ficar sem. (...) Aí, eu fico assim: “Ó meu Deus, o que eu vou fazer?”. Passava fome, entendeu? Eu preciso dar uma de pidona do que ladrona. Aí eu chego na sua casa e falo assim: “Ô Aline, me dá um prato de comida aí! ‘Cê pode me dar um prato de comida? Tem um café?”, e tal. Aí, às vezes ‘cê me dá um prato de comida, um pouco pra mim, um pouco pro meu filho. Porque a gente que é mãe não pensa na gente, não. Pensa nos filhos, né? Aí, agora, a igreja ‘tá me ajudando no básico, né? (Entrevista de pesquisa)

Elza citou trinta pessoas que compõem a sua rede. Destas, 27 residem em Ipatinga, e três em outros municípios mineiros. Dentre o grupo de contatos que residem em Ipatinga, dezenove moram no bairro Esperança e o restante em bairros vizinhos. Com relação aos tipos de relação, Elza mencionou 21 vínculos de amizade, oito de vizinhança e um familiar com quem reside. Com relação à intensidade e frequência, a entrevistada afirmou ter uma relação mais intensa com 25 pessoas citadas, e mais frequente com 23.

O que se destaca nos relatos que a usuária apresentou sobre seus contatos, é a forte presença dos amigos. A entrevistada categorizou como vínculo de amizade as relações que mantém com as pessoas que conheceu nas oficinas das quais participa no CLIPS e na Associação Loucos por Você. Segundo ela, em sua maioria, essas pessoas são aquelas com quem pode contar quando precisa. Apesar de ter mencionado na entrevista que conta com o apoio de uma irmã em situações que considera mais complexas, como aquelas em que precisa utilizar o computador (agendamentos de perícias no INSS, solicitação de documentos, etc), esta irmã não foi citada como parte de sua rede. Outro destaque a ser feito é a presença dos vizinhos no dia-a-dia da entrevistada como aquelas pessoas com quem pode conversar, tomar um café, passar o tempo.

4.3.12 Heleno

Heleno nasceu em 1965, em Penha do Capim, distrito de Aimorés, no Vale do Rio Doce, em Minas Gerais. Heleno é casado há 28 anos e mora com a esposa e a filha mais

nova. O entrevistado reside em Ipatinga há cerca de quinze anos, e no bairro Esperança há dez. Heleno estudou até a quarta série.

À época da entrevista, sua fonte de renda era o auxílio doença do INSS, benefício que recebia há, praticamente, um ano. Segundo o entrevistado, este benefício lhe foi concedido pelo “motivo F22²⁸”. A última experiência de trabalho formal do usuário foi como porteiro de indústria. Heleno também tem experiência como jardineiro, vendedor e auxiliar de serviços gerais.

Heleno relatou que já esteve internado em Belo Horizonte há muitos anos. O entrevistado relatou muito desânimo e falta de vontade de sair de casa. Relata que já foi atendido no CRAS para solicitar desconto nas contas de água e luz. Com relação ao atendimento pelo Programa de Saúde Mental, Heleno informou que começou o acompanhamento com a psicóloga na Unidade de Saúde há, aproximadamente, um ano. Relatou que procurou diretamente a psicóloga, que o encaminhou para o CLIPS, para consulta com psiquiatra. Heleno relatou não gostar do atendimento no CAPS, mas disse que gostou de ter participado da oficina de música. Além de música, Heleno gosta de ir à igreja. Relatou que quando teve crise, alguns membros da igreja o chamaram para conversar, para tentar ajudar.

O usuário citou nove pessoas de sua rede, com quem tem relação intensa e frequente. Todas residem em Ipatinga, sendo oito no bairro Esperança e uma em um bairro vizinho. Heleno informou que cinco pessoas participam da mesma igreja que ele, duas são familiares que moram com ele, uma é de sua família extensa e uma é da vizinhança.

4.3.13 Meire

Meire nasceu em 1964, em um município do interior de Minas Gerais e há 37 anos reside em Ipatinga, no bairro Esperança. Meire é casada e mora com o marido, que é aposentado por invalidez, e o filho.

A entrevistada contou que tem problemas de depressão e de insônia, e faz tratamento com ortopedista. Sobre o acompanhamento psiquiátrico, ela não soube dizer quando começou: “O tempo que eu tenho pra fazer tratamento com psiquiatra é bem velho” (Entrevista de pesquisa).

²⁸ F22 (Transtornos delirantes persistentes).

À época da entrevista, Meire estava insegura com relação à sua renda. Relatou que esteve de licença médica por um certo período e que depois não conseguiu voltar a trabalhar. Apesar dos 28 anos de contribuição ao INSS, ela afirmou que não tem garantia de recebimento do benefício previdenciário:

Então, assim, durante esse tempo todo, aí eu necessitando, né? Remédio, consulta, porque nem tudo você consegue aqui. Exame, nem tudo você consegue nesse posto, né? Já teve vezes que eu não consegui remédio, consulta. Várias vezes. Tanto que eu quase nem venho. Aí, depois, eu tomei até uma decisão, depois de quase nem ter vindo aqui na Mariah, porque, às vezes, eu venho... Eu sei, ela é gente boa, ela é uma pessoa sensacional, especial. Mas, infelizmente, igual eu falo: nem o laudo dela serve pra mim, porque o laudo da psicóloga não vale pra levar no perito [do INSS]. (Entrevista de pesquisa)

A demanda por laudo para o INSS, e assim como, a de renovação da prescrição dos medicamentos em uso, Meire relatou direcionar também o médico da equipe de saúde família. Porém, em razão de conflito com este profissional, essa usuária passou a ser atendida por médico de outra equipe:

Tinha um problema sério com ele na época. E aí eu pedi até que me trocassem. Porque eu não suportava nem ver ele. Aí, o que é que acontece? Ele trocou, me colocou com o outro médico, super legal. Nó! Excelente médico! O que me ajudou bastante, né? (Entrevista de pesquisa)

Meire relatou também que já foi atendida pelo CLIPS, pela psiquiatria e pela psicóloga, Porém, no caso desta última especialidade, Meire preferiu continuar o acompanhamento com a psicóloga da Unidade de Saúde. A entrevista, assim como com o médico da equipe de saúde da família, não estabelece vínculo favorável para o acompanhamento. “Eu olhei pra ela, eu não aceitei, eu não aceitava o que ela falava, o que ela anotou pra mim. Mandou até uma carta aqui pra Mariah. Gente, não via ela como uma psicóloga de maneira alguma. Eu acho que, se eu ficasse lá, insistisse, eu ia piorar” (Entrevista de pesquisa).

Com relação à rede institucional, Meire relatou duas ausências que precisam ser consideradas visto as demandas da população atendida: médicos, e aqui a entrevistada

destaca a psiquiatria e o profissional generalista da equipe de saúde da família; e grupos, atividades coletivas que geralmente se faz fora da unidade.

Das dezesseis pessoas que Meire citou como integrantes de sua rede, a entrevistada considera ter uma relação mais intensa apenas com três pessoas. Com todas, Meire relatou ter encontros frequentes. Das quatorze pessoas que residem em Ipatinga, sete moram no bairro Esperança, e a outra metade reside em bairros de outras regionais do município. Duas pessoas moram em outras cidades do estado de Minas Gerais. Com relação aos tipos de vínculos estabelecidos, doze são familiares, sendo que dez compõem a família extensa e duas residem com a entrevistada. Meire citou ainda três colegas e uma pessoa do seu contexto de trabalho.

Destaca-se nessa rede, em comparação com as demais, o fato de que a entrevistada considera que não pode contar com a maior parte dos contatos citados que são, também em maioria, seus familiares.

4.3.14 João

João nasceu em 1960 na cidade de Mendes Pimentel, Região do Vale do Rio Doce de Minas Gerais. Há 35 anos ele reside no bairro Esperança, em Ipatinga. O entrevistado contou que estudou até a terceira série e que sempre trabalhou como pedreiro, porém, depois de ter sofrido um acidente, não tem mais condições de trabalhar. À época da entrevista, João estava sem receber o auxílio-doença e iria recorrer novamente da decisão do INSS. Como fonte de renda, João relatou que a esposa começou a fazer faxinas para sustentar a família.

O entrevistado já esteve internado em hospital psiquiátrico e faz tratamento em saúde mental há mais de 15 anos. Ele morou alguns anos fora do país, em busca de trabalho. Nesse período, não conseguiu acompanhamento médico adequado, e teve dificuldades, principalmente, para comprar os medicamentos dos quais faz uso. Segundo o seu relato, por essa razão, retornou ao Brasil e prosseguiu o acompanhamento na rede pública de saúde.

De acordo com João, a proximidade entre a Unidade de Saúde e seu domicílio contribui muito para que ele não interrompa o acompanhamento e para que sua esposa também possa participar do cuidado. O usuário elogiou muito o trabalho da psicóloga e relatou que se sente acolhido pela profissional e por outros trabalhadores do equipamento (a técnica de enfermagem, o enfermeiro e o médico). Sobre a psicóloga, ele afirmou: “Ela, pra

mim, foi como uma mãe como se ‘tivesse tratando de um filho [que] ‘tivesse doente. Eu conversei com ela como um desabafo, entendeu? (Entrevista de pesquisa).

Com relação à falta de psiquiatras na rede, a agenda cheia o psiquiatra do CLIPS e a demanda do usuário por avaliações periódicas da medicação em uso, João relatou como tem sido o processo possível:

Como ‘tá em falta psiquiatra, o que eu conversei com a doutora Maria aqui, eu passo pra ela o relatório do que eu estou sentindo, e ela vai lá e conversa com um psiquiatra [do CLIPS], passa pro psiquiatra. O psiquiatra vai e passa pra ela os negócio do remédio; ela vai e passa pro meu médico aqui. Então, ‘tá fazendo assim. (Entrevista de pesquisa)

A psicóloga assume o papel de intermediação entre médicos no que se refere à avaliação quanto ao uso de medicamentos pelos usuários. João reforça em sua entrevista a necessidade de ter mais atendimentos médicos na RAPS.

Além da Unidade de Saúde, lugar muito presente no cotidiano do usuário, João relatou que vai com frequência à igreja e que gosta de ficar na porta de casa. “Fico na porta de casa, sentado lá. Ponho a cadeira. Se as menina [agentes de saúde] passa direto, me vê lá com minha menininha no braço, pra cima e pra baixo lá” (Entrevista de entrevista).

Dos sete vínculos mencionados por João, todos foram considerados pelo usuário como intensos e frequentes. Todas as pessoas mencionadas residem em Ipatinga e no bairro Esperança. A respeito do tipo de relação, três são familiares (um reside com o usuário e dois são da família extensa), e quatro referem-se a vínculos estabelecidos no cuidado em saúde.

4.4 Nós das redes

Com relação aos dados produzidos nas entrevistas com os usuários, a suspeita é de que uma hora de entrevista com cada um deles fez emergir mais informações significativas para a co-construção de rotas para autonomia e inserção social, do que anos de registros nos prontuários que me foram possíveis a leitura, muito marcados pelas informações referentes a hipóteses diagnósticas e descrições de sintomas. Sem dúvida alguma, estas informações são importantes para o tratamento, e ressalto que não intenciono reduzir as ações ao que se registra. O que quero destacar é que se tais registros refletem o olhar dos profissionais em sua interação com os usuários, precisamos considerar outras lentes, mais ampliadas, de

leitura nesse processo de “caminhar com” os usuários. O que pôde mostrar os dados de uma rede egocentrada? De forma direta, os vínculos de apoio utilizados pelos usuários, tanto virtuais quanto físicos, intensidades, frequência, além de pistas se estes vínculos remetem à normatividade e previsibilidade da rede institucional.

A heterogeneidade das trajetórias e percursos, para além daquilo que prevemos pelo marco dos diagnósticos, é que dá o tom da complexidade de atenção que deve ser ofertada pela RAPS. Nas entrevistas, fica evidente que o usuário não é só usuário da saúde mental. Eles possuem demandas de outras clínicas da saúde e de outras políticas de proteção e promoção social, que podem, ou não, ser atendidas por uma resposta institucional. As vulnerabilidades sociais e relacionais que os usuários apresentam, apontam para a fragilidade na articulação intersetorial entre as políticas públicas, e destas com a sociedade de uma forma geral.

Os registros da lógica da cidadania ainda são escassos no cotidiano assistencial, persistindo a subalternização dos usuários de baixa renda e dificuldades no manejo de usuários oriundos dos estratos de média e de baixa renda, com poder de pressão política por direitos. Historicamente, os serviços de saúde mental conformaram-se como um serviço focado nos segmentos de baixa renda, para os pobres, tendo que se pluralizar e se conformar como um serviço pluriclassista, pela própria perspectiva imposta por sua universalização, e reconhecimento da cidadania plena dos brasileiros, a partir da Constituição de 1988. (Rosa & Onocko-Campos, 2013, p. 329)

O sofrimento apresentado pelos usuários não é só mental, é também sofrimento ético-político pois, transformado em estigma, torna-se uma medida de desigualdade social e mina as capacidades humanas. Para Sawaia (2009), este sofrimento revela

a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria de apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. (pp. 104-105)

Um grande desafio posto para as políticas públicas é conseguir atuar com uma concepção não homogeneizadora da pessoa em situação de sofrimento mental. Nas interações cotidianas entre técnicos e usuários, principalmente na atenção em saúde mental, já se busca atuar considerando a diversidade dos sujeitos e de seus sofrimentos. É muito

comum escutarmos nos serviços o jargão de que “cada caso é um caso”, e a afirmativa de que as demandas a serem tratadas pela rede são diferentes de usuário para usuário. Porém, tal concepção não está incorporada aos macroprocessos estruturais da administração pública, o que faz com que, de forma semelhante ao choque de escalas territoriais entre os números grandes das bases estatísticas e os números pequenos do cotidiano, tenhamos também descompassos entre as prioridades estratégicas da gestão pública, racional, burocrática e gerencialista, e aquelas geradas nos “chãos” dos serviços. É preciso ressaltar que

a responsabilidade pública abarca também o sofrimento das pessoas, pois suas carências operam significados imateriais. Ir além da objetividade, da racionalidade das políticas públicas implica considerar esta dimensão do sofrimento e da potência humana e coletiva que se expressam no cotidiano dos lugares. Importa construir mapas que sinalizem também estas trajetórias e indiquem, por sua vez, direções mais profundas da ação pública. (Koga, 2011, p. 280)

A RAPS é uma rede que atende pessoas com diferentes sofrimentos e pertencentes a diferentes classes sociais. Conforme estudo de Rosa e Onocko-Campos (2013) o serviço do CAPS se constitui em um serviço focado nos segmentos pobres, com uma concepção de classes concebida mais por suas relações econômicas que políticas. “Há tendência de ultrageneralização das diferentes classes e frações de classe homogeneizadas em suas condições culturais e estilos de vida” (Rosa & Onocko-Campos, 2013, p. 329).

É no processo de descortinamento das imagens homogeneizadoras, principalmente as referentes aos mais excluídos, que se pode ir ao encontro do território, como lugar privilegiado de emancipação, de descoberta de potências, do fortalecimento da coletividade. (Koga, 2011, p. 279)

Considerar outras lentes para a leitura do que se quer diagnosticar e tratar em saúde mental requer conhecer redes e trajetórias, não só quando se quer fazer pesquisa, mas também intervir na perspectiva da Atenção Psicossocial. Práticas como essa de conhecer os laços mais significativos dos usuários, e traçar junto com ele o mapa de suas interações e trocas, objetivas e subjetivas, tem potência de matriz metodológica para as ações em saúde mental.

Apesar das limitações no uso da técnica de gerador de nomes e caracterização dos vínculos nesta pesquisa, pude observar nas entrevistas que as pessoas com as quais os

usuários relataram ter uma relação mais intensa remetem a situações de ajuda, auxílio e segurança que tiveram nos momentos de crises e agravamento do sofrimento, de dificuldade financeira, e, principalmente, de demanda por momentos de diálogo, de conversas, de distração. Em outras palavras, desejo de convívio e compartilhamento da vida com pessoas, e em espaços, sem qualquer tipo de julgamento ou preconceito.

Na primeira situação, de apoio nos momentos mais críticos de saúde, a família domiciliar aparece, porém com atuação mais objetiva, como levar o usuário para ser atendido, garantir os medicamentos, etc. Nos momentos de dificuldade financeira, a família extensa se destaca, principalmente em apoios pontuais, não continuados. Já na demanda por convívio, os familiares aparecem pouco. Aqui aparecem os vínculos de amizade, muitos deles estabelecidos nas oficinas do CLIPS e da Associação, na convivência no bairro, na igreja e no trabalho. Um destaque a ser feito é a consideração de profissionais da Unidade de Saúde como amigos, principalmente os psicólogos.

Nesse sentido, um último ponto a ser ressaltado desses resultados refere-se ao intercâmbio de ações esperadas por cada uma das redes em destaque, RAPS e redes sociais. O estabelecimento da relação de amizade entre usuários e psicóloga de referência, o acesso ao tratamento psiquiátrico possibilitado por familiares e amigos do convívio religioso e o cálculo feito por alguns usuários da rotina de seus atendimentos para não sobrecarregar o atendimento da psicóloga, sugere uma inversão de objetivos esperados para cada rede. Por vezes, uma faz o que se espera que a outra faça.

Não considero este câmbio algo negativo. Em muitas situações, tais mudanças de rota partem das articulações dos próprios usuários com suas redes, configurando processos de construção de autonomia e de inserção social. Este dado indica que a RAPS ainda está pouco articulada com o mundo da vida dos usuários e dos territórios, que a RAPS precisa sair de si para conhecer e aprender outras formas de lidar com as vulnerabilidades presentes no cotidiano de quem se encontra na situação de sofrimento mental, e que a RAPS precisa reconhecer que suas ofertas devem ser tantas quantos são os impasses de natureza relacional, substrato do sofrimento mental.

Considerações finais

Cada sujeito do conhecimento carrega, para o seu espaço de criação, as suas escolhas, a sua trajetória - um conjunto de caminhos aparentemente caóticos -, as suas opções históricas. Não há como padronizar as subjetividades. Não há como concluir senão através de interrogações que decorrem da trajetória de pesquisa.
(Hissa, 2017, p. 56)

Chego ao final deste trabalho com o desafio de apresentar pistas que possam apoiar a elaboração de respostas à questão sobre como a inserção do usuário na RAPS contribui para aumentar sua capacidade de construir ou reconstruir redes sociais nos processos de inserção social, a partir de estudo de caso que buscou conhecer pontos de interrelação entre essas redes. As interrogações que surgiram na trajetória desta pesquisa apontaram para a necessidade de não apenas responder diretamente aos objetivos do trabalho, mas indicar rotas metodológicas para a reflexão coletiva e a criação de saídas para os problemas que os resultados da pesquisa nos apresentam sobre a assistência em saúde mental no município de Ipatinga.

Os dados produzidos, conforme apresentados anteriormente, indicam que a interrelação entre redes acontece, mas de forma fragmentada e com pouca intencionalidade por parte da RAPS. Esta, por meio de seus serviços e equipes, convoca as pessoas que fazem parte do contexto mais imediato de vida dos usuários atendidos, no modo caso a caso, para serem apoio no acompanhamento, no sentido de colaborarem para o monitoramento dos sintomas, a administração dos medicamentos, a observância das prescrições do tratamento, a responsabilização pelo cuidado. Nesse sentido, o papel das redes sociais dos usuários é ambíguo, pois ao mesmo tempo em que contribuem para mitigar as “fraturas relacionais”, estas podem atuar nos processos de vigilância e tutela desses usuários, invertendo os efeitos que se espera da participação desses atores na Atenção Psicossocial.

Há articulações, também no modo caso a caso, com grupos, movimentos, associações e outros equipamentos sociais com o intuito de possibilitarem a inserção das pessoas atendidas em atividades coletivas, cursos e outras ações que não são ofertadas diretamente pela RAPS, ou o são de forma precária. Essas articulações são pensadas com o objetivo de proporcionar socialização, convivência, acesso a cursos e a atividades de geração de renda.

De acordo com os próprios usuários, suas redes sociais são suportes importantes em diversos fins, inclusive naqueles que delegamos à rede institucional, como o acesso à assistência psiquiátrica. As redes sociais contribuem para a superação de momentos de dificuldades financeiras, através de ajuda material, de alimentação, e até do pagamento de plano de saúde, sendo que cada categoria de vínculos tende a responder a determinadas demandas de apoio. A família extensa, por exemplo, contribui com o acesso ao tratamento, ao passo que os vínculos de amizade, relacionam-se ao convívio social.

Com relação aos benefícios que os usuários recebem da RAPS de Ipatinga, destaco o acolhimento, principalmente pela técnica de referência em saúde mental e alguns profissionais da equipe de saúde da família, com quem os usuários possuem uma boa relação de confiança. Com os profissionais de psicologia, é preciso ressaltar, o tipo de relação preponderante para os usuários é de amizade, e não do cuidado em saúde. No entanto, o inverso também ocorre. Alguns entrevistados mencionaram experiências negativas de atendimento, inclusive o não acolhimento pela equipe do CLIPS e pelos profissionais das equipes de saúde da família. A relação do usuário com o serviço e a oferta assistencial disponível para este está diretamente relacionada à capacidade de vínculo e à qualidade da relação que se estabelece entre trabalhador da saúde e usuários, e entre trabalhadores. Por isso, há a necessidade de investimento nas equipes, possibilitando a participação em ações de educação permanente e a cogestão de seus processos de trabalho.

As rotações posicionais²⁹ espontâneas entre os atores das redes podem indicar possíveis equívocos de conduta de alguns atores das redes, principalmente daqueles pertencentes à RAPS. O que precisa ser destacado nessa constatação não é o constrangimento institucional gerado pelo fato de o usuário perceber o profissional de saúde como amigo e não como técnico. Aqui se apresenta uma pista fundamental para a análise da interrelação entre RAPS e redes sociais que se ancora na tensão existente entre a institucionalidade e a interpessoalidade presente nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários. Os objetivos da RAPS requerem que a dimensão interpessoal seja

²⁹ Tomo de empréstimo o conceito de rotação posicional, etapa da metodologia canadense de Formação Cruzada (Perrault et al., 2008; Lima & Passos, 2013), muito utilizada em ações de educação permanente com trabalhadores de saúde mental. A rotação posicional consiste em uma permuta ou troca de posições entre profissionais de serviços diferentes durante um turno ou meio turno de trabalho possibilitando que os participantes vivenciem a rotina de outros serviços, bem como as dificuldades presentes no atendimento, no encaminhamento e recebimento de casos. Ocorre que muitas vezes dois ou mais equipamentos estão envolvidos no atendimento de um mesmo caso, mas não compartilham informações ou não conhecem o fluxo de encaminhamento da rede.

fortalecida na atenção em saúde mental. Nessa perspectiva, papéis institucionais socialmente e historicamente construídos tendem a se fragilizar, o que não necessariamente significa perda ou retrocesso. É nessa brecha, por exemplo, que o papel de protagonista das ações pode ser conquistado pelos usuários no tecer do seu itinerário de cuidado. Ao mesmo tempo, temos a sobreposição e simultaneidade ontológica e constitutiva da realidade social, desvelada pela multiplexidade do conteúdo das relações que tensiona a perspectiva dos usuários e suas experiências de interação com a perspectiva institucional.

É importante ressaltar dois pontos de tensão. O primeiro deles é a tensão entre o contato direto e físico, face-a-face e o contato mediado e virtual. Já o segundo relaciona-se com os desdobramentos de uma sobreposição e simultaneidade ontológica e constitutiva da realidade social, que funde a perspectiva de ego e suas experiências de interação com a perspectiva coletiva e macro de uma totalidade qualquer que tende pelo menos a se institucionalizar.

Nesse sentido, destaco três ações que devem ser consolidadas como princípios da Atenção Psicossocial em Saúde Mental. A primeira é a ampliação da densidade da rede, no âmbito interpessoal e interorganizacional. As pessoas, os setores e os grupos sociais precisam estabelecer mecanismos de comunicação não burocratizada e fortalecer espaços de trocas e compartilhamento de experiências, para além da urgência da resolução dos impasses caso a caso. As redes precisam se encontrar para debater outros temas, promover diálogos sobre outras questões que importam para os territórios atendidos e que não estejam focados estritamente no tratamento em saúde mental. O efeito esperado de aumento da densidade da rede, fortalece a rede intersetorial para a gestão territorial local. A experiência da Formação Cruzada é um bom exemplo de metodologia capaz de propiciar a integração, intra e interredes, e facilitar a transmissão e troca de conhecimentos, proporcionando a integralidade da atenção psicossocial (Lima, Passos, & Perreault, 2012; Passos et al., 2016).

A segunda é o fortalecimento do papel da RAPS, que é uma rede que acolhe e cuida, ao mesmo tempo que é dispositivo de trocas, espaço de sociabilidades. A RAPS é, ou deveria ser, espaço para a constituição de redes afetivas que potencializam o cuidado em liberdade, as expressões singulares e a convivência com as diversidades. O método utilizado nesta pesquisa, a Análise de Redes Sociais, tem grande potencial de contribuição, na prática, para que equipes e usuários conheçam suas redes afetivas e planejem intervenções. Em conjunto

com outras ferramentas, como o mapa falado³⁰, por exemplo, contribuem para o próprio processo de intervenção, pois são mecanismos efetivos para conhecimento e diagnóstico das redes e territórios, na perspectiva da escala do cotidiano e das vivências. As redes sociais dos usuários constituem e são pontes para o território.

Nas entrevistas com os usuários, pude constatar que a maioria das pessoas citadas como componentes de suas redes residem no bairro referenciado à unidade de saúde o que, numa avaliação superficial, é elemento facilitador para a mobilização, interação e potencialização dessas redes, com vistas à construção dos processos de inserção social. O olhar multifocal para o território deve estar sempre presente em um atendimento no modelo psicossocial, que, segundo Delgado (1996), “só será possível se, localizado em um bairro, emoldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade específica, puder dar uso prático ao conceito de território. Para cada cliente, seu território familiar, cultural, mitológico, socioeconômico e jurídico” (p. 117). O “choque de escalas”, ao considerar o território usado, é previsível e desejável quando consideramos os objetivos da Atenção Psicossocial.

Os objetivos da RAPS indicam que esta deve ser híbrida, principalmente no que se refere à atuação protagonista dos usuários na Atenção Psicossocial, mesmo que marcada pela presença de instituições formais, como o Estado e a Ciência, na sua constituição e funcionamento. Uma pergunta que deve ser feita é se os serviços públicos, o que é o caso da RAPS, são instituições da sociedade ou instrumentos do poder público? Em acordo com a proposição política dos autores Dardot e Laval (2017), mais do que defender que o serviço seja público, devemos

transformar os serviços públicos com a criação de órgãos democráticos que dessem aos profissionais - *mas também* aos cidadãos a quem se destinam esses serviços – direito de intervenção, deliberação e decisão (...). Não é outro o sentido daquilo que

³⁰ “Trata-se de um desenho representativo do espaço ou território que está sendo objeto de reflexão. Pode ser um bairro, uma comunidade, um município, um país, uma universidade, entre outros. É uma ferramenta que permite discutir diversos aspectos da realidade de forma ampla, sendo muito utilizada como técnica exploratória, no início de um diagnóstico. Normalmente, é desenhado no chão, num pátio amplo ou mesmo em um terreiro de barro. Os elementos que formarão o mapa são representações dos componentes daquele espaço em análise e que são destacados pelo grupo na discussão. Pode ser uma escola, um rio, uma caixa d’água, uma estrada, entre outros. As discussões acontecem por ocasião da localização do que existe naquele lugar” (Faria & Neto, 2006).

se chama “democracia participativa”, expressão que sofreu rápido desgaste. (Dardot & Laval, 2017, p. 553, grifos dos autores)

O que temos observado nos últimos anos não se configura somente como desgaste, mas como ataques deliberados a esta forma de constituição e funcionamento das políticas públicas, ainda não consolidadas integralmente em nosso país. Ao mesmo tempo em que é instrumento, assim como as demais políticas públicas, do poder público, administrada por quem deve garantir a ordem e a segurança, a RAPS é um sistema de ação complexo, à medida em que se abre para a participação da sociedade civil para garantir direitos sociais. Os serviços públicos são “lugares de tensão e luta”, e não podem ser considerados exclusivamente “aparelhos do estado a serviço da dominação burguesa”, nem tampouco “órgãos plenamente a serviço da sociedade” (Dardot & Laval, 2017, p. 546). O grande desafio, que agora se torna mais urgente em razão das adversidades do tempo presente, é instituir a democracia institucional que, conforme Campos et al. (2014),

depende da instituição de sistemas de cogestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato. Objetiva incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das instituições, e compartilhar o poder com as equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços. Essa reforma do modelo de gestão é sugerida tanto em função de valores democráticos, quanto por reconhecer que diante de cada núcleo de poder político ou gerencial, há contrapoder de usuários e de trabalhadores, com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos. (p. 987)

As redes sociais estão presentes na dinâmica das participações políticas, sendo consideradas objeto de mobilização dos movimentos sociais, assim como sua própria forma de organização. As organizações de participação política de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, assim como de outros públicos considerados vulneráveis na sociedade brasileira, encontram dificuldades em sua institucionalização e manutenção frente à escassez de recursos financeiros e à recusa de investimentos públicos nesse tipo de ação. No entanto, apesar das dificuldades, é importante ampliar a noção de participação social e política construindo práticas a partir das possibilidades instituintes no cotidiano dos serviços, por vezes mais libertárias do que aquelas institucionalizadas. No município pesquisado, a

Associação Loucos por Você tem esse papel de mobilizar os usuários e familiares para as reivindicações relacionadas à assistência pública em saúde mental e de não fazer calar a luta antimanicomial na região.

Historicamente este movimento se caracteriza por fazer resistência à maneira de organização da rede e dos processos de acolhimento dos usuários que o município implementou, tendo a mesma resposta da gestão da política de saúde mental municipal. Nos últimos, com as mudanças de coordenações, a rede tem se aproximado mais da Associação, com propostas de organização conjunta de eventos e manifestações políticas na cidade. Com os cortes orçamentários de convênios municipais, a Associação tem recebido apoio técnico da RAPS, o que tem potencializado esta interrelação, principalmente no que se refere à abertura da RAPS para a cidade.

A última ação que destaco, não menos importante, é a necessidade de instituir processos mais democráticos e menos burocratizados de trabalho. Isso requer a revisão de desenhos e fluxos organizacionais e da organização do processo de trabalho em saúde. Como vimos no estudo da RAPS de Ipatinga, há uma dependência dos usuários em relação à rede institucional, embora sem a conotação de institucionalização. Por outro lado, os atores que verbalizaram o sentimento de prisão foram as trabalhadoras entrevistadas. Desenvolver atividades “extramuros” é um termo muito utilizado para fazer contraposição entre o tratamento manicomial e o cuidado em liberdade. O que significa este termo ser utilizado por profissionais que atuam numa rede aberta, como é o caso da rede pesquisada? É uma pista de que nossas práticas estão fortemente institucionalizadas e enrijecidas, tendendo a vigorar nos serviços a reprodução e, em algumas situações, a anti-produção.

Como saída, uma proposta muito reconhecida no campo da gestão em saúde coletiva é o Método Paidéia de cogestão de coletivos (Campos, 2000; Campos et al., 2014). Este método visa ao aumento da capacidade de análise e intervenção dos coletivos de trabalhadores, gestores e usuários de forma a reinventar-se e produzir-se, construindo saídas singulares para os impasses vivenciados em meio aos atravessamentos de forças internas e externas ao sistema. Pode ser desenvolvido nos diferentes níveis organizacionais – no apoio institucional e matricial, e na clínica ampliada e compartilhada – e visa à superação dos entraves, à mudança nas instituições de saúde fortemente marcadas pela lógica hierárquica e gerencialista, de concentração de poder de decisão e pela fragmentação do cuidado. Esta metodologia também tem sido utilizada nos últimos anos para a formação em saúde (Figueiredo & Campos, 2014).

Os efeitos esperados compreendem as dimensões pedagógica, terapêutica e institucional do trabalho em saúde. O Método Paideia tem como princípio que a mudança nas relações institucionais “somente pode ser processada simultaneamente à constituição de novos processos de subjetivação, que se inscrevam numa lógica de coletividade, de alteridade, afirmando o outro como sujeito” (Campos et al., 2014, p. 993). A premissa máxima é que não se faz gestão ou clínica “para” o outro, mas “com” o outro.

Na RAPS de Ipatinga, pude constatar sobrecarga de trabalho sob responsabilidade de poucos profissionais, pouca interação entre os componentes da RAPS, pouca interdisciplinaridade e intersetorialidade em funcionamento, ausência de equipamentos e pouca articulação com a “realidade fora”. O colapso no funcionamento desta rede engloba atravessamentos institucionais e a captura do trabalho vivo em ato imbricada no cotidiano de quem atua na assistência pública de saúde mental.

Resgatar a metodologia Paideia e a sugerir como meio propulsor de mudança para redes como a do município de Ipatinga, mesmo existindo experiências que nos sinalizam os desafios de sua implementação e os riscos de se tornarem espaços capturados pela lógica funcionalista e burocrática dos serviços públicos (D’Ascenzil & Lima, 2013; Ponte, Oliveira, & Ávila, 2016), é reafirmar os princípios estruturantes do SUS, e da RAPS, que primam pela participação, autonomia e protagonismo dos usuários, destacando que o espaço dos serviços devem ser de coprodução de autonomia, o que inclui os trabalhadores.

Por fim, lembramos que para Lourau, a restituição dos dados produzidos em uma pesquisa é fundamental, pois:

Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de "pesquisador-coletivo", sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições, tanto ao agora talvez ex-pesquisador quanto ao presente social mais imediato ou global. Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa. (Lourau, 1993, p. 56)

O caminho que agora começo a traçar é o da restituição dos dados produzidos com o grupo de participantes desta pesquisa e, de forma mais ampliada, com a RAPS de Ipatinga. Conforme Hissa (2017), “as conclusões deveriam assumir tal condição: a dos portais que se abrem para o mundo” (p. 56). A pesquisa, então, continua após este texto final.

Referências

- Abrantes, M. C., & Barboza, M. A. G. (2010). Construindo uma rede de atenção intersetorial: a experiência do Programa Municipal de Saúde Mental de Ipatinga - MG. In *Anais do II Congresso Brasileiro de Saúde Mental* (pp. 378). Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 17 de julho de 2018, de http://www.congresso2012.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=621
- Afonso, M. L. M. (2011). Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. *Psicologia em Revista*, 17(3), 445-464. Recuperado em 23 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000300008&lng=pt&tlng=pt
- Albuquerque, M., Brêda, M., Maynard, W., Silva, D., & Moura, E. (2016). Relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial. *Cogitare Enfermagem*, 21(3). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.46528>
- Alves, D. S. N., Delgado, P. G., & Kinoshita, R. T. (2017). Retrocesso na saúde mental? Folha de São Paulo, 14 de dezembro de 2017. Recuperado em 5 de julho de 2018, de http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=31925
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Argiles, C. T. L., Kantorski, L. P., Willrich, J. Q., Antonacci, M. H., & Coimbra, V. C. C. (2013). Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2049-2058. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700020>
- Barboza, M. A. G. (2009). *Integração da saúde mental com a intenção primária em saúde: estudo de caso etnográfico no município de Ipatinga-MG* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. <http://hdl.handle.net/1843/TMCB-7WYJGF>
- Barreto, A. M. (2005). Informação e conhecimento na era digital. *Transinformação*, 17(2), 111-122. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-37862005000200002>
- Bauer, M. W., Gaskell, G., & Allum, N. C. (2011). Qualidade, Quantidade e Interesses do Conhecimento: evitando confusões. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (pp. 17-36). Petrópolis: Vozes.
- Belchior. (1979). Conheço o meu lugar [Gravado por Belchior]. Em: *Era uma vez um homem e o seu tempo*. Rio de Janeiro: WEA.
- Bianchi Silva, R., & Fernandes de Carvalhaes, F. (2016). Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, 28 (2), 247-256.

- Borgatti, S. P. (2002). *NetDraw Software for Network Visualization*. Analytic Technologies: Lexington, KY. Recuperado em 23 de julho de 2018, de <https://sites.google.com/site/netdrawsoftware>
- Borges, C. D., & Faria, J. G. de. (2017). Redes Sociais e Atenção em Saúde Mental: uma revisão da literatura. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 159-174. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1798>
- Braga, G. C., Coimbra, V. C. C., & Kantorski, L. P. (2012). Cartografando encontros em uma rede de trabalho afetivo: a judicialização e a atenção psicossocial. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(4), 739-747.
- Brasil. (1993). Presidência da República. *Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, 8 de dezembro de 1993.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do Programa "De Volta para Casa"*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
- Brasil. (2010). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 21 de julho de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. *Portaria GM 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).
- Brasil. (2011b). *Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 21 de julho de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html
- Bueno, R. C. (2016). *O acompanhamento terapêutico como potente estratégia de cuidado nas clínicas da desinstitucionalização* (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Caballero, E. G. (2005). Pluralidad teórica, metodológica y técnica en el abordaje de las redes sociales: Hacia la “hibridación” disciplinaria. *REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 9(1), 1-24.
- Campos, G. W. de S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. de S., Figueiredo, M. D., Pereira Júnior, N., & Castro, C. P. de. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 1), 983-995.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 23(2), 399-407.
- Castoriadis, C. (1982). *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Castoriadis, C. (1993). La noción de autonomía según Castoriadis. Diálogo con Cornelius Castoriadis. *Cuaderno de Jornadas 03*. Recuperado em 23 de julho de 2018, de <https://omegalfa.es/autores.php?letra=c#>
- Cecílio, L. C. O. (2007). O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 11(22), pp. 345-351.
- Costa, D. F. C. da, & Paulon, S. M. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, 36(95), 572-582. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400009>
- Costa, L. A., & Brasil, F. D. (2014). Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22, 435-442.
- Costa, R. A. (2007). Centro Universitário de Caratinga. A formação do núcleo de Ipatinga – Ocupação do espaço e seus reflexos no uso do solo.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Unesp.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. de S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
- D’Ascenzi, L., & Lima, L. (2013). Análise da implementação do método da roda no sistema de saúde de Campinas, SP. *Revista Sociais e Humanas*, 26(1), 67-78.
- Damatta, R. (1997). *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Rocco.

- Dardot, P., & Laval, C. (2010). *Comum – Ensaio sobre a Revolução no século XXI*. São Paulo: Boitempo.
- Delgado, P. G. (1996). Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. In *Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano*. Cadernos IPUB, nº 14, Instituto de Psiquiatria UFRJ, Rio de Janeiro.
- Dimenstein, M., & Liberato, M. T. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), 1-10.
- Fazito, D. (2002). A Análise de Redes Sociais (ARS) e a migração: mito e realidade. In *Anais do Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*, Ouro Preto, 2002. Recuperado em 23 de julho de 2018, de <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1094/1058>
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicol. Reflex. Crit.* [online], 21(1), 110-118. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100014>
- Ferreira, G. B., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., & Guedes, A. A. da C. (2014). As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura. *Journal of research fundamental care online*, 6(3), 976-986.
- Fialho, Joaquim. (2015). Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXIX, 59-79.
- Figueiredo, Mariana Dorsa, & Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2014). O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl. 1), 931-943.
- Fontes, B. (2014). Tecendo Redes, Suportando o Sofrimento: sobre os círculos sociais da loucura. *Sociologias*, 16 (37), 112-143.
- Fontes, B. A. S. M. (2007). Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. *Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais*, 26, 87-104.
- Fontes, B. A. S. M. (2010). Redes Sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstroem suas vidas. *Cadernos IHU ideias*, 8(137).
- Fontes, B. A. S., & Stelzig, S. (2004). Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de relé social enquanto mecanismo criador de novas redes sociais. *Política & Sociedade*, 3(5), 57-77. Recuperado em 25 de julho de 2018, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/1978>
- Foucault, M. (1999). *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.

- Freitas, G. V. R. (2012). *Entre divisas, divisores e um massacre: a emancipação da não construída cidade de Ipatinga-MG* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Furtado, J. P., Oda, W. Y., Borysow, I. da C., & Kapp, S. (2016). A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(9), e00059116. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00059116>
- Geertz, C. (2007). *O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. 9ed. Petrópolis: Vozes.
- Godoy, C. O. Loucos por Você! In Conselho Federal de Psicologia (org). *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 59 - 65.
- Gohn, M. G. (2008). *Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na américa*
- Gohn, M. G. (2017). *Manifestações e protestos no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2017.
- Goldenberg, M. (2005). *A arte de pesquisar - como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- Gomide, M., & Grossetti, M. (2010). Rede Social e desempenho de programas. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 873-893.
- Gomide, M., & Rodrigues, C. L. (2018). Indicadores de desempenho e redes sociais: existe algo em comum?. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(1), 107-116.
- Guerra, J. T. (2005). *Loucos por Você: a participação dos usuários e familiares na luta pela desinstitucionalização* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Hardt, M., & Negri, A. (2016). *Bem-estar comum*. Rio de Janeiro: Record.
- Hissa, C. E. V. (2017). *Entrenotas: compreensões de pesquisa*. 2.ed. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Inojosa, R.M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos FUNDAP*, 22, 102-110.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabela 202 - População residente por sexo e situação do domicílio. Recuperado em 21 de julho de 2018, de <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/202>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2017). População estimada: IBGE, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2017. Recuperado em 21 de julho de 2018, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ipatinga/panorama>

- Junqueira, L. A. (2004). A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 25-36.
- Kadushin, C. (2012). *Understanding Social Networks: Theories, Concepts, and Findings*. Oxford: Oxford University Press.
- Kapp, S. (2004). Autonomia Heteronomia Arquitetura. *Cadernos de Arquitetura e Urbanismo* (PUCMG), 10(11), 95-105.
- Kapp, S. (2011). Casa alheia, vida alheia: uma crítica da heteronomia, *Virus*, 5, 2.
- Kastrup, V., & Passos, E. (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25, 263-280.
- Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55-59). São Paulo: Hucitec.
- Koga, D. (2007). *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez.
- Koga, D. H. U. (2013). Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. *Serviço Social em Revista* (Online), 16, 30-42.
- Koga, D. H. U. (2016). Diagnóstico Socioterritorial entre o chão e a gestão. *Cadernos IHU Ideias* (UNISINOS), 14, 1-15.
- Lancetti, A. (2007). *Clínica Peripatética*. 2ed. Saúde Loucura, 20. Série Políticas do desejo. São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (2010). Cuidado e território no trabalho afetivo. In Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Org.), *Cadernos de Subjetividade*. Recuperado em 23 de julho de 2018, de <http://www.atelierpaulista.com/wp-content/uploads/2011/01/Cadernos-de-Subjetividade-2010-Nucleo-de-Estudos-da-Subjetividade.pdf>
- Landim, F. L. P., Nunes, M. de O., Collares, P. M. C., & Medeiros, I. V. (2010). Estudo-síntese: interfaces da análise de rede social com o campo da saúde mental. *Cad. Saúde Colet.*, 18(4), 527-35.
- Lazega, E. & Higgins, S. S. (2014). *Redes Sociais e Estruturas Relacionais*. Belo Horizonte: Fino Traço.
- Leal, E. M. (2001). Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In A. C. Figueiredo, & M. T. Cavalcanti, *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental (pp. 6983). Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ.
- Lima, C. M. G. et al. (1996). Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. *Rev. latinoam. enfermagem*, 4(1), 21-30.

- Lima, E. M. F. de A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, 38(102), 593-606.
- Lima, I. C. B. F., & Passos, I. C. F. (2013) Formação cruzada: uma metodologia para o aperfeiçoamento do trabalho em rede intersetorial no campo da saúde. In L. R. de S. Machado, & M. L. M. Affonso (Orgs.), *Gestão Social, Educação e desenvolvimento local: instrumentos para a transformação social* (pp.133-154). Belo Horizonte: Autêntica
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 293-300.
- Mângia, E. F., & Muramoto, M. T. (2005). O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Ver.Ter.Ocup.Univ.*, 16(1), 22-30.
- Marins, T., & Franco, T. (2012). Desinstitucionalização em saúde mental – a experiência da Associação Cabeça Firme (ACF), de Niterói (RJ), e suas ações inclusivas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 146-159. Recuperado em 8 de julho de 2018, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2029>
- Martins, P. H. (2008). As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In P. H. Martins, & B. Fontes, *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas* (pp. 21-48). Recife: Ed. UFPE.
- Martins, P. H., & Fontes, B. (2008). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. UFPE.
- McCarty, C. (2002). Structure in personal networks. *Journal of Social Structure* (JoSS), 3(1). Recuperado em 12 de julho de 2018, de <https://www.cmu.edu/joss/content/articles/volume3/McCarty.html>
- McCarty, C. (2005). Conceptual and Empirical Arguments for Including or Excluding Ego from Structural Analyses of Personal Networks. *Connections*, 26(2), 82-88.
- McCarty, C. (2010). La estructura en las redes personales. *REDES-Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 19(11), 242-271.
- Merhy, E. (2013). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In T. B. Franco, & E. E. Merhy, *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp.213-225). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2010). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29ed. Petrópolis: Vozes.

- Minayo, M. C. S. (Org.). (2012). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31ed. Petrópolis: Vozes.
- Molina, J. L. (2005a). El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. *Empiria*, 10, 71-106. Recuperado em 17 de julho de 2018, de http://revista-redes.rediris.es/recerca/jlm/public_archivos/redes_personales.pdf.
- Molina, J. L. (2005b). *Operaciones básicas com UCINET 6*. Recuperado em 17 de julho de 2018, de <http://revista-redes.rediris.es/webredes/talleres/opbauci.pdf>
- Monnerat, G. L., & Souza, R. G. (2011). Da Seguridad Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Katálisis*, 14(1), 41-49.
- Moura, A. C. M. D. et al. (2014). A relação entre sujeitos com transtorno mental e equipamentos sociais. *Cad. Ter. Ocup.*, 22(2), 263-270.
- Muramoto, M. T., & Mângia, E. F. (2011). A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(4), 2165-2177.
- Oliveira, A. C. P., Jorge, I. M. P., & Mariotti, M. C. (2017). Perfil sociodemográfico de usuários de um centro de atenção psicossocial e o trabalho. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 25(4), 795-802.
- Oliveira, J., & Silva, R. da (2014). Perfil sociodemográfico de pessoas com transtorno mental: um estudo num centro de atenção psicossocial. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, 5(3), 862-872. <http://dx.doi.org/10.18673/gs.v5i3.22686>
- Onocko-Campos, R. T., & Campos, G. W. S. (2009). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 669-688). São Paulo: Hucitec.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.) (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, I. C. F. (2003). A questão da cidadania do louco. In A. Guerra, L. Kind, L. Afonso, & M. A. M. Prado (Orgs.), *Psicologia Social de Direitos Humanos* (pp.159-170). Belo Horizonte: ABRAPSO/Campo Social.
- Passos, I. C. F. (2006). A Construção da Autonomia Social e Psíquica no Pensamento de Cornelius Castoriadis. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1), pp. 36-46.
- Passos, I. C. F. (2009). *Loucura e sociedade*. Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvm/FinoTraço.
- Passos, I. C. F., & Barboza, M. A. G. (2012) Três Momentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Três Modos de Inserção da Formação “Psi” Mineira. O que esperar como cenário futuro? In W. Melo (Org.), *Que país é este?* (pp. 89-118). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.

- Penido, C. M. F. (2015). A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8, 248-257.
- Pereira, M. O. et al. (2012). Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 48-54.
- Pereira, W. C. C. (2008). *Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática*. 3. ed. Petrópolis: Vozes; Belo Horizonte: PUC Minas.
- Peres, R. M. M. (2006). Influências do planejamento urbano vigente na cidade de Ipatinga sobre a mobilidade de seus habitantes. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Centro Universitário do Leste de Minas Gerais.
- Perez, O. C., & Souza, B. M. (2017). Velhos, novos ou novíssimos movimentos sociais? As pautas e práticas dos coletivos. *Anais do 41º Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS)*. Recuperado em 23 de julho de 2018, de <http://anpocs.com/index.php/encontros/papers/41-encontro-anual-da-anpocs/gt-30/gt11-15/10696-velhos-novos-ou-novissimos-movimentos-sociais-as-pautas-e-praticas-dos-coletivos>
- Perreault, M. et al. (2008). Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 143-160. Recuperado em 23 de julho de 2018, de <http://www.erudit.org/revue/smq/2009/v34/n1/029763ar.html?vue=resume>
- Ponte, H. M. S. da, Oliveira, L. C. de, & Ávila, M. M. M. (2016). Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). *Saúde em Debate*, 40(108), 34-47.
- Prefeitura de Ipatinga (2015). Relatório Anual de Gestão. Programa Municipal de Saúde Mental. Ipatinga, 2015.
- Prefeitura de Ipatinga (2016). Relatório Anual de Gestão. Programa Municipal de Saúde Mental. Ipatinga, 2016.
- Quiroga, A.; Martí, J., Jariego, I. M., & Molina, J. L. (2005). *Talleres de autoformación com programas informáticos de análisis de redes sociales*. Recuperado em 17 de julho de 2018, de http://revista-redes.rediris.es/webredes/red_tematica/talleresars.pdf
- Rauter, C. (2000) Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection, pp. 267-277. ISBN 978-85-7541-319-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Reis, A. dos, & Zanella, A. (2015). Psicologia Social no campo das políticas públicas: oficinas estéticas e reinvenção de caminhos. *Revista de Ciências Humanas*, 49(1), 17.
- Ribeiro, R. C. F. (2017). *Experiências autonomistas em saúde mental: possibilidades de*

empoderamento (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Rivoir, A. L. (2006). *Redes sociais: instrumento metodológico o categoria sociológica*. Recuperado em 7 de julho de 2018, de http://www.cca.org.mx/apoyos/massociedad/redes_sociales.pdf.
- Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200003>
- Rosa, L. C. dos S., & Onocko-Campos, R. T. (2013). Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serviço Social & Sociedade*, (114), 311-331. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200006>
- Santiago, L. S. (2016). *Os novíssimos movimentos sociais e a sociedade em rede: a criminalização das "jornadas de junho de 2013" e a consolidação de um estado delinquente* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
- Santos, M. (1999). Território e dinheiro. *Revista GEOgraphia*, 1(1), 7-13, 1999.
- Santos, M. R. P., & Nunes, M. de O. (2011). Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 715-726. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000036>
- Sawaia, B. B. (2009). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade* (pp. 98-118). Petrópolis: Vozes.
- Scherer-Warren, I. (2008). Redes de movimentos sociais na América Latina: caminhos para uma política emancipatória? *Cad. CRH*, 21(54).
- Schultz, F., & Miotto, R. C. T. (2010). Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em debate*, 16(1), 59-75.
- Siba. (2007). Toda vez que eu dou um passo o mundo sai do lugar [Gravado por Siba e Fuloresta]. Em: *Toda vez que eu dou um passo o mundo sai do lugar*. Recife: Fina Produção/Mata Norte.
- Signor, Â. M. T., & Piovesan, S. M. S. (2017). *Perfil dos usuários do CAPS II do município de Ijuí/RS*. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Recuperado em 21 de julho de 2018, de <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/4351>
- Silva, A. M. R. et al. (2001). A Unidade Básica de Saúde e seu Território. In E. S. M. Andrade, D. A. Soares, & L. Cordoni Jr., *Bases da Saúde Coletiva* (pp. 145-160). Londrina: UEL.
- Silva, M. B. B. (2005a). Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latinoamericana de*

Psicopatologia Fundamental, VIII, 303-321.

- Silva, M. B. B. (2005b). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*, 15, 127-150.
- Silva, M. B. B. (2007). Responsabilidades, obrigações e engajamentos: uma reflexão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Mnemosine*, 3, 18-40.
- Souza, C. H. M., & Costa, M. A. B. (2005). Fronteiras do Ciberespaço. *Vértices* (Campos dos Goitacazes), 7, 105-114.
- Souza, M. L. de (2015). “Território” da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In M. A. Saquet, & E. S. Sposito. *Território e territorialidades – teorias, processos e conflitos* (pp. 53-68). 2ªed. Rio de Janeiro: Consequência Editora.
- Souza, P. R. de. (2007). *Cultura, trabalho e conflitos em Ipatinga nos anos 60* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Sposati, A. (Org.). (2010). *Topografia Social da cidade de João Pessoa*. João Pessoa: Editora UFPB.
- Tavares, G. M. (2010). *Breves notas sobre ciência*. Florianópolis: Editora da UFSC, Editora da Casa.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 89-111). Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, 9(1), 25-59.
- Tesser, C. D. (2006a). Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 61-76.
- Tesser, C. D. (2006b). Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 347-362.
- Torres, R. M. (2001). *Itinerários pela educação latino-americana – caderno de viagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Vasconcelos E. M., & Rodrigues, J. (2010b). Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In E. M. Vasconcelos (Org.), *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 141-162). São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2000a). Breve periodização histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In E. M. Vasconcelos, *Saúde Mental e Serviço Social: o*

- desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade (pp. 19-34). Rio de Janeiro: Cortez.
- Vasconcelos, E. M. (2000b). Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp. 169-194). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- Vasconcelos, E. M. (2011a). *Desafios políticos atuais para o movimento antimanicomial no Brasil*. Rio de Janeiro, maio de 2011. Recuperado em 21 de julho de 2018, de http://www.crsp.org.br/aovivo/ppt/Eduardo_mourao.pdf
- Vasconcelos, E. M. (2011b). Os psicólogos e sua inserção no SUAS: da sensação inicial de perda de identidade ao reconhecimento de uma nova profissionalidade e de suas bases teóricas. In R. Morgado, E. M. Vasconcelos, & J. Garcia (Eds.), *Cadernos de assistência social: contribuições para a proteção básica e proteção especial* (Vol. 1) (pp. 33-65). Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos.
- Vasconcelos, E. M., & Rodrigues, J. (2010a). *Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Recuperado em 21 de julho de 2018, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/organizacaoeduardojeferson.pdf>
- Vermelho, S. C., Velho, A. P. M., & Bertonecello, V. (2015). Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. *Educação e Pesquisa*, 41(4), 863-881. <https://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022015041612>
- Viégas, L. S. (2007). Reflexões sobre a pesquisa etnográfica em psicologia e educação. *Diálogos possíveis* [online], 6(1), 102-123. Recuperado em 5 de julho de 2018, de <http://www.fsba.edu.br/dialogospossiveis>
- Vieira, F. S., & Benevides, R. P (Org). (2016). *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Nota Técnica n. 28, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Brasília, setembro de 2016. Recuperado em 21 de julho de 2018, de http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589
- Yasui, S. & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 27-27.
- Yasui, S. (2009). A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), (CD-ROM).
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Zambenedetti, G., & Perrone, C. M. (2008). O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, 18(2), 277-293.
- Zambenedetti, G., & Silva, R.A.N. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e

psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150.

Zambillo, M., & Palombini, A. de L. (2015). O conceito de autonomia e seus usos possíveis na saúde mental. In C. Guanaes et al. (Orgs.), *Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional* (pp. 398-423). Florianópolis: Bosque.

Zancan, C., Santos, P. C. F. D., & Campos, V. O. (2012). As contribuições teóricas da análise de redes sociais (ARS) aos estudos organizacionais. *Revista Alcance*, 19(1), 62-82.

Apêndice A

Roteiro de entrevista com trabalhadores

1. Nome:
2. Data de nascimento:
3. Sexo:
4. Naturalidade:
5. Serviço/Equipe/Unidade:
6. Bairro/cidade de residência:
7. Escolaridade/formação profissional/cargo:
8. Há quanto tempo trabalha nesse serviço?
9. Possui experiências de trabalho em outros serviços da rede de saúde e/ou de saúde mental? E em outras políticas públicas?
10. Possui alguma experiência de participação política ou controle social (movimento social, associações, conselhos)?
11. Como os usuários de saúde mental acessam o serviço no qual você trabalha? Quando recebe encaminhamentos, quais os serviços/equipes/setores mais encaminham?
12. Quais as ações que sua equipe e você realizam com os usuários de saúde mental?
13. Para quais outros serviços/setores vocês encaminham os usuários de saúde mental? Em quais situações?
14. Vocês acionam outras equipes/setores para acompanhamento compartilhado dos casos? Em quais situações?
15. Vocês atuam junto à rede social dos usuários? Quem costumam acionar? Em quais situações?
16. Como você percebe o funcionamento da rede de atenção psicossocial de Ipatinga (técnico de referência em saúde mental/psicólogo das unidades de saúde da família, CLIPS e projetos, Associação Loucos por Você, urgência)?
17. O que considera ser atenção psicossocial em saúde mental? E inserção social, nos casos de saúde mental?

Dados da entrevista:

Entrevistadora: _____

Data: _____

Horário: _____

Local: _____

Comentários da entrevistadora:

Apêndice B

Roteiro de entrevista com usuários

1. Nome:
2. Data de nascimento:
3. Sexo:
4. Estado civil:
5. Naturalidade:
6. Bairro:
7. Há quanto tempo reside em Ipatinga? E no bairro atual?
8. Quem mora com você em sua casa?
9. Qual a sua fonte de renda (salário, aposentadoria, benefícios assistenciais ou de transferência de renda)? Atualmente, você contribui para o INSS?
10. Possui experiências de emprego e de trabalho?
11. Qual a sua escolaridade? Tem alguma formação profissional?
12. Você participa de algum movimento social, associação, conselho?
13. Você participa de alguma religião/igreja?
14. Você realiza alguma atividade de lazer, de esporte? Você costuma ir ao cinema, teatro, shows de música, dança, exposições, festas? O que faz nas horas vagas?
15. Você é atendido/a em outros serviços, além da saúde, como o CRAS, por exemplo?
16. Como você começou a ser atendido/a pela rede de saúde mental? Hoje você possui vínculo com quais serviços de saúde mental (CLIPS, Técnico de Referência em Saúde Mental, Equipes de Saúde da Família, Hospital, Loucos por Você)? Há quanto tempo frequenta esses serviços?
17. Já esteve internado? Se sim, onde (Hospital geral/CAPS/hospital psiquiátrico)? Quantas vezes? Quando? Por quanto tempo?
18. Você conhece seu diagnóstico? Se sim, qual é?
19. Para você, o que significa estar inserido/participar dos serviços, da rede de saúde mental? Como estes serviços contribuem para sua vida?

Dados da entrevista:

Entrevistadora: _____

Data: _____

Horário: _____

Local: _____

Comentários da entrevistadora:

Apêndice C

Mapeamento e caracterização da rede

Observação: Registrar nomes de pessoas, tipo de vínculo com usuário e nome das instituições, caso mencionadas.

1. Quando você se sente sozinho, isolado, você procura ajuda? Quem você procura/procuraria para te ajudar?
2. Quando você quer sair para se divertir, para alguma atividade de lazer, arte, cultura ou esporte, quem você procura/procuraria para te fazer companhia? Você vai/iria a quais locais?
3. Quando você precisa ir ao banco, ao correio, ao INSS, etc, e acha que precisa de ajuda, quem você procura/procuraria para tirar dúvidas? Quem você procura/procuraria para te acompanhar, se necessário?
4. Quando você precisa pegar ônibus para ir em algum ponto da cidade e não sabe ir sozinho, quem você procura/procuraria para tirar dúvidas e para te acompanhar, se necessário?
5. Quando você está passando mal, quem você procura/procuraria para te ajudar?
6. Quando você precisa de ajuda para ir aos atendimentos da saúde, às marcações de exames, quem você procura/procuraria para te acompanhar?
7. Quando você precisa de ajuda para cuidar da sua casa (limpeza, arrumação), quem você procura/procuraria para te ajudar?
8. Quando você precisa de alguém para te ajudar com a alimentação, higiene pessoal, quem você procura/procuraria?
9. Quando você precisa de alguém para te ajudar com a limpeza e arrumação da casa quem você procura/procuraria?
10. Quando você sente dificuldades em conseguir emprego e/ou realizar atividade de trabalho, quem você procura/procuraria?
11. Quando você precisa de dinheiro para comprar alguma coisa que deseja, você procura/procuraria alguém para te ajudar?
12. Quando você quer ir à Igreja, quem você chama/chamaria para ir com você?
13. Você estuda? Gostaria de estudar? Quem você procuraria para voltar a estudar? Onde?
14. Para participar de alguma assembleia, associação de moradores, ou algum movimento social, quem você convida/convidaria para participar com você? De quais movimentos você participa/participaria?

Dados da entrevista:

Entrevistadora: _____

Data: _____

Horário: _____

Local: _____

Comentários da entrevistadora:

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários

Projeto de Pesquisa: Redes sociais e Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental
no processo de inserção social dos usuários

Prezado(a) Sr.(a) _____

Vimos convidá-lo(a) para ser entrevistado(a) em uma pesquisa de doutorado vinculada ao Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. O objetivo principal da pesquisa é analisar a interrelação entre redes sociais e Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (RAPS) no processo de inserção social dos usuários. O objetivo dessa entrevista é conhecer suas redes sociais e as atividades que realiza na vida diária, o que permitirá levantar dados para construir mapas da sua rede pessoal. A entrevista será aberta, orientada por um roteiro semiestruturado elaborado pela equipe de pesquisa.

Ao concordar em participar, você será entrevistado(a) em um local de sua preferência e sem qualquer custo material para você. Se necessário, seja da sua parte ou da parte do(a) entrevistador(a), o levantamento dos dados e a construção dos mapas serão realizados em mais de um encontro. A entrevista será confidencial, os resultados serão utilizados somente nesta pesquisa e serão apresentados e publicados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Antes da finalização da pesquisa, você será convidado(a) a comentar, incluir ou excluir dados dos mapas da sua rede pessoal. Ao final da pesquisa, você será convidado(a) a participar da apresentação e discussão dos resultados.

Sua participação é voluntária, e você tem o direito de, a qualquer momento, interrompê-la, assim como se recusar a responder a qualquer pergunta, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu tratamento, nem ao seu vínculo com os serviços da rede de atenção psicossocial. Esclarecemos que a entrevista não acarretará em nenhum tipo de risco ou desconforto para você. Sua participação contribuirá para a reflexão sobre a proposta da Rede de Atenção Psicossocial em saúde mental e para a construção de estratégias de articulação dessa rede com as redes sociais dos usuários da saúde mental. Você poderá solicitar esclarecimentos antes, durante e após a entrevista. Não será dada nenhuma forma de remuneração pela participação na pesquisa.

Consentimento:

Declaro que estou devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos, riscos e benefícios da minha participação, e concordo em participar da pesquisa. Este formulário foi lido por mim, juntamente com o(s) pesquisador(es), que assinamos abaixo. Declaro ainda que recebi uma cópia do mesmo.

Local:

Data:

Participante:

Assinatura do (a) participante:

Pesquisador(es):

Assinatura(s) do(s) pesquisador(es):

Equipe de pesquisa:

Maria Aline Gomes Barboza (Doutoranda) – E-mail: linepur@gmail.com – Tel.: (31) 98571-5120

Izabel C. Friche Passos (Profa. Orientadora) – E-mail: izabelfrichepassos@gmail.com – Tel.: (31) 3409-6281

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º Andar/Sala 2005

CEP: 31270-901 – Belo Horizonte/MG – Telefax: (31) 3409-4592 – E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Apêndice E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Trabalhadores

Projeto de Pesquisa: Redes sociais e Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental
no processo de inserção social dos usuários

Prezado(a) Sr.(a) _____

Vimos convidá-lo(a) para ser entrevistado(a) em uma pesquisa de doutorado vinculada ao Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. O objetivo principal da pesquisa é analisar a interrelação entre redes sociais dos usuários e Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (RAPS) no processo de inserção social dos usuários. O objetivo dessa entrevista é conhecer o trabalho feito pelos trabalhadores da saúde e saúde mental no atendimento aos usuários de saúde mental, assim como as percepções dos trabalhadores sobre o trabalho em rede, sobre o trabalho dos serviços com as redes sociais dos usuários e sobre a atenção psicossocial e inserção social dos casos de saúde mental. A entrevista será aberta, orientada por um roteiro semiestruturado elaborado pela equipe de pesquisa.

Ao concordar em participar, você será entrevistado(a) em um local de sua preferência e sem qualquer custo material para você. A entrevista será confidencial, os resultados serão utilizados somente nesta pesquisa e serão apresentados e publicados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Ao final da pesquisa, você será convidado(a) a participar da devolução dos resultados.

Sua participação é voluntária, e você tem o direito de a qualquer momento a interromper, assim como se recusar a responder a qualquer pergunta, sem penalização alguma e sem prejuízo à sua vinculação profissional. Esclarecemos que as atividades não acarretarão em nenhum tipo de risco ou desconforto para você e acreditamos que sua participação poderá gerar benefícios através da reflexão sobre sua prática. Você poderá solicitar esclarecimentos antes, durante e após a entrevista. Não será dada nenhuma forma de remuneração pela participação na pesquisa.

Consentimento:

Declaro que estou devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos, riscos e benefícios da minha participação, e concordo em participar da pesquisa. Este formulário foi lido por mim, juntamente com o(s) pesquisador(es), que assinamos abaixo. Declaro ainda que recebi uma cópia do mesmo.

Local:

Data:

Participante:

Assinatura do (a) participante:

Pesquisador(es):

Assinatura(s) do(s) pesquisador(es):

Equipe de pesquisa:

Maria Aline Gomes Barboza (Doutoranda) – E-mail: linepur@gmail.com – Tel.: (31) 98571-5120

Izabel C. Friche Passos (Profa. Orientadora) – E-mail: izabelfrichepassos@gmail.com – Tel.: (31) 3409-6281

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º Andar/Sala 2005

CEP: 31270-901 – Belo Horizonte/MG – Telefax: (31) 3409-4592 – E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo A

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes sociais e rede de atenção psicossocial em saúde mental no processo de reinserção social dos usuários

Pesquisador: Izabel Christina Friche Passos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57860014.3.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.833.016

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem por objetivo investigar a interrelação entre redes sociais dos usuários e a Rede de Atenção Psicossocial de Saúde Mental (RAPS) do município de Ipatinga, Minas Gerais. Pretende-se analisar em que medida a inserção do usuário na RAPS pode contribuir ou não para aumentar sua capacidade de construir ou reconstruir redes sociais de apoio ao longo do processo de reinserção social. A metodologia a ser utilizada integra métodos de inspiração etnográfica e a metodologia de análise de redes sociais.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é de analisar a interrelação entre redes sociais e Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (RAPS) no processo de reinserção social de seus usuários, considerando que o modo psicossocial de atenção em saúde mental apresenta como principal tecnologia de cuidado e reinserção social a construção e reconstrução de vínculos sociais através de alianças feitas entre trabalhadores, usuários e redes sociais presentes nos territórios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos desta pesquisa podem ser considerados como mínimos, eventuais e tardios, pois a participação dos usuários acontecerá de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.833.016

forma simples, não invasiva e integrada ao cotidiano de acompanhamento deste usuário pelas equipes que o atendem. A pesquisadora responsável compromete-se a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum sinal de risco ou dano à saúde dos participantes consequente à mesma, não prevista no Termo de Consentimento e Esclarecido. O Comitê de Ética em Pesquisa será informado de todos os efeitos adversos ou eventos relevantes que alterem o curso normal previsto para esta pesquisa. A investigadora assume a responsabilidade de encaminhar os usuários aos serviços adequados caso identifique alguma necessidade de cuidado que não esteja ou que seja urgente.

Os benefícios esperados prevalecem sobre os riscos previsíveis. Esta pesquisa contribuirá para ampliar a reflexão sobre a proposta da atenção psicossocial em saúde mental e para a construção de estratégias de inserção social que articulem a rede de atenção psicossocial com as redes sociais dos usuários, e com a rede intersetorial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de Psicologia. Previsão de término em 28/02/2017. As solicitações do COEP foram atendidas:

1) Foi feita a modificação do protocolo para explicitar o risco da pesquisa e de incluir detalhamento dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes. 2) O TCLE foi modificado para incluir uma discussão dos riscos e benefícios da participação na pesquisa; explicitar que as entrevistas serão gravadas e por quanto tempo o material seria guardado; e para apontar que uma via do TCLE ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: protocolo do projeto, projeto completo, termo de compromisso, cronograma, parecer consubstanciado do departamento de psicologia, TCLE, autorização da secretaria municipal de saúde de Ipatinga, e roteiro de entrevista.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto 'Redes sociais e rede de atenção psicossocial em saúde

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.833.016

mental no processo de reinserção social dos usuários' da pesquisadora responsável Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos"

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_261567.pdf	07/11/2016 19:46:06		Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	07/11/2016 19:45:35	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/11/2016 19:11:11	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/11/2016 18:12:59	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/11/2016 18:05:49	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
Outros	Parecer.pdf	14/07/2016 18:48:38	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista.pdf	05/07/2016 10:07:06	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/07/2016 10:53:32	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	26/06/2016 10:38:33	MARIA ALINE GOMES BARBOZA	Aceito
Outros	57860014parecer.pdf	23/11/2016 17:59:31	Vivian Resende	Aceito
Outros	57860014aprovacao.pdf	23/11/2016 17:59:48	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.833.016

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Novembro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br