

Cuidar, trabalhar e pesquisar na saúde mental: relato de “um homem em tese”

Care, work and research in mental health: report of a doctoral student

Gerfson Moreira Oliveira

Psicólogo. Doutor em Medicina e Saúde. Professor assistente do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

E-mail: gerfsonoliveira@bahiana.edu.br

ORCID: 0000-0001-5860-1990

Mônica Ramos Daltro

Psicóloga. Doutora em Medicina e Saúde. Professora titular do curso de Psicologia e do doutorado em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

E-mail: monicadaltro@bahiana.edu.br

ORCID: 0000-0003-4067-1936

Resumo

Os caminhos percorridos nas práticas de trabalho, cuidado e pesquisa em saúde mental são vastos de pressupostos, intencionalidades, sentimentos e atuações muitas vezes confusos e obscuros ao próprio trabalhador-pesquisador. Este artigo é um recorte de uma tese de doutoramento que analisou as perspectivas clínicas do cuidado e o processo de trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, localizado no município de Salvador-Bahia. Trata-se de um relato de experiência autobiográfico que descreve e analisa o percurso de fazeres e saberes de uma pesquisa sobre a atenção psicossocial. Escrito partir da primeira pessoa do singular, o estudo permitiu experimentar as composições das ações de cuidado e descuidos e a construção de um conhecimento a respeito dos impasses e das descobertas presentes no processo de trabalho e na pesquisa no âmbito da saúde mental.

Palavras-chave: Trabalhadores da saúde. Assistência à saúde mental. Serviços de saúde mental. Redução de dano. Pesquisa qualitativa. Autobiografia.

Abstract

The paths taken in work practices, care and research in mental health are vast in terms of assumptions, intentions, feelings and actions that are often confused and obscure to the worker-researcher himself. This article is an excerpt from a doctoral thesis that analyzed the clinical perspectives of care and the work process of the team of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs located in the city of Salvador Bahia. This is an autobiographical experience report that describes and analyzes the path of doings and knowledge in a research on psychosocial care. Written from the first person singular, the study allowed experimenting the compositions of care actions

and oversights and the construction of knowledge about the impasses and discoveries present in the work process and in research in the field of mental health.

Keywords: Health workers. Mental health assistance. Mental health services. Harm reduction. Qualitative research. Autobiography.

Introdução

sOs caminhos percorridos nas práticas de trabalho, cuidado e pesquisa em saúde mental são vastos de pressupostos, intencionalidades, sentimentos e atuações muitas vezes confusos e obscuros ao próprio trabalhador-pesquisador.

No cenário brasileiro, a dinâmica frenética das instituições de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), as condições e contradições do trabalho e a imensidão dos fazeres assistenciais podem levar os profissionais a se perderem nas diretrizes e portarias ministeriais, nas teias de relações intra e interinstitucionais e em suas construções narrativas ¹. Portanto, colocar em representação os afetos e o deslocamento do trabalhador é dar visibilidade ao singular, tornando mais claras as experiências vivenciadas e abrindo oportunidades para o compartilhamento coletivo.

Na verdade, não se trata apenas de tornar visível o comum de uma experiência, mas também a força, a singularidade e as conexões que surgem em determinados momentos do cotidiano do cuidado psicossocial.

Nesse sentido, a experiência de trabalho, o cuidado e a pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), equipamentos de saúde mental substitutivos ao modelo de atenção hospitalar e o foco das reflexões deste artigo, favoreceram a compreensão de que muitas concepções e muitos pontos de vista teórico-metodológicos são formulados e reformulados nas cenas de produção do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas.

O CAPSad nasceu como política pública de saúde fruto de movimentos de reforma. É um equipamento que opera não só com política, mas como modo de produzir cuidados, aprendizagens e tecnologias na atenção psicossocial. A aprendizagem no cotidiano do trabalho pertence às experiências e existências dos atores envolvidos e constitui-se uma travessia entre o visível/instituído/conhecido e a fronteira da produção de alternativas para aprender e desenvolver o trabalho ².

A efetivação dos princípios do cuidado psicossocial, entretanto, não se estabelece de forma tranquila. O percurso desses trabalhadores é permeado por desafios e aprendizagens que se produzem na dinâmica trabalho vivo em ato ³. Além disso, mudanças recentes no cenário político nacional, com apresentação pelo governo brasileiro de propostas conservadoras e antagônicas às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas implementadas no início dos anos 2000, tem-se configurado como um retrocesso no âmbito do cuidado psicossocial, assim como mobilizado usuários, familiares, trabalhadores, gestores e pesquisadores em defesa das pessoas em sofrimento psíquico ⁴.

Portanto, nesse contexto marcado por movimentos de mudanças, resistências, mas também de ameaças, torna-se necessário que as práxis desenvolvidas no CAPSad sejam narradas, constituindo-se memória das propostas, invenções e descobertas promovidas pelos movimentos de reforma no

âmbito da saúde e da assistência social e que transformem essas vivências em saberes, aprimorando a pesquisa em saúde mental ¹. Afinal, a ideia de práxis refere-se à perspectiva “Paulo freiriana” e trata-se de um conjunto de atividades voltadas para a transformação da realidade e o cultivo da história ⁵.

Este estudo tem como objetivo relatar uma experiência de pesquisa de doutorado dos autores em um CAPSad, focalizando a reconstrução de um percurso de fazeres e saberes na produção de cuidado em saúde mental.

Percurso metodológico

Trata-se de um relato de experiência autobiográfico de caráter descritivo e reflexivo que resultou da análise sobre a trajetória de construção da tese de doutorado de um profissional que se fez doutor discutindo a experiência de pesquisar a produção do cuidado em saúde mental. A descrição das experiências do primeiro autor, sob a orientação da segunda autora, está escrita na primeira pessoa do singular. A pesquisa de doutorado foi realizada nos anos 2018 a 2020 em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, localizado no Centro Histórico de Salvador-Ba.

O relato de experiência (RE) afirma-se como uma narrativa científica que envolve processos complexos configuradores de produções subjetivas que performatizam, por meio da linguagem, a experiência do fazer profissional. Nesse contexto, o autor descreve e analisa acontecimentos e temporalidades.

O presente estudo refere-se a uma pesquisa qualitativa contemporânea, construída a partir da concatenação, memória e elaboração daquilo que, ao acontecer, comove o autor, “invocando suas competências reflexivas e associativas, bem como suas crenças e posições de sujeito no mundo” ^{6:3} e é realizado como um trabalho de linguagem que põe em evidência a singularidade da práxis, a construção de saberes referentes à experiência em si, mas também se coloca como ferramenta político-social de compreensão da diversidade própria da ciência contemporânea ⁶. Assim, esse RE efetiva-se como um método de análise potente para a compreensão das perspectivas singulares do trabalho e da pesquisa em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.

O projeto de pesquisa de doutorado foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o parecer nº 2.809.812; CAAE 90497418.0000.5544,

Contexto em que foi realizado o estudo

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Esse serviço caracteriza-se como um dispositivo público docente-assistencial resultante de uma parceria firmada entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA) por meio do Programa de Extensão Permanente: Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), localizado no Centro Histórico da cidade de Salvador-Bahia.

As atividades do CAPSad são ancoradas no contexto sociocultural, econômico e político marcado pelo aumento do uso problemático de álcool e outras drogas nas comunidades. A atenção em saúde para essa população tem lacunas assistenciais no município, tendo poucos serviços de atenção psicossocial estratégicos para uma população de aproximadamente três milhões de habitantes ⁷. A

proposta de localização do CAPSad no Centro Histórico ocorreu por se considerar essa região da cidade um espaço complexo, caracterizado por muitas contradições e potencialidades, expressas pela presença constante de turistas, concentração de estabelecimentos comerciais diversos, múltiplas instituições sociais, setores públicos diversificados, uma população de baixo poder aquisitivo em que muitos deles vivem marginalizados e em situação de rua, um território marcado pelo histórico de escravização, violências e por atividades de geração de renda informal especificamente o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas.

Além de estar alinhado às diretrizes do SUS, o CAPSad fundamenta-se a partir dos princípios do cuidado psicossocial. A atenção psicossocial originou-se da reforma psiquiátrica brasileira sendo reconhecida enquanto princípio ético e político do cuidado em saúde mental com a política nacional de atenção à saúde mental apoiada na Lei 10.216 de 2002. Tal política buscou consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária que garantisse a livre circulação das pessoas em sofrimento mental nos serviços, na comunidade e na cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que as pessoas e a própria comunidade dispõem⁸.

Em seu escopo, a atenção psicossocial ambiciona o reposicionamento das pessoas como sujeitos sociais em suas múltiplas dimensões existenciais e não somente na remoção dos sintomas. A emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais e o fortalecimento dos laços de sociabilidade na família e nas comunidades são objetivos propostas que se constroem e se movem cotidianamente⁹.

Com relação aos princípios e às práticas assistenciais às pessoas em sofrimento decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, os estudos atuais permitem identificar, entre outras perspectivas, dois principais posicionamentos para o enfrentamento das questões psicossociais e de saúde: a abstinência e a abordagem de redução de danos. Enquanto a abstinência concentra esforços na cessação do consumo, as propostas de redução de danos pautam uma diversidade de intervenções orientadas para a minimização dos riscos e danos à saúde, sendo a abstinência uma possibilidade e não o foco do cuidado em si^{10,11}.

No Brasil, a partir do ano 2000, as políticas públicas direcionadas às drogas e à saúde têm-se apresentado permeáveis ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção orientado por essa racionalidade. Com elas foram desenhadas diretrizes de política setorial em saúde mental que preveem a construção de uma rede de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas valendo-se da implementação e expansão do CAPSad como instituição estratégica no ordenamento da rede em seu território de atuação que, orientados pela redução de danos, tem como objetivo articular os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados¹².

Apesar de todos os progressos alcançados, em abril de 2019, o governo brasileiro, publicou o Decreto nº 9761/2019 e a Nota Técnica nº 11/2019 propondo uma política de drogas e de saúde mental (respectivamente) baseada em lógicas proibicionistas, na abstinência, em internações compulsórias e no financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, revelando um distanciamento dos princípios legais, assistenciais e políticos que orientam os movimentos de reforma psiquiátrica brasileira e de luta antimanicomial que, até então, fundamentavam a implantação da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas no país^{13,14,15}.

O modelo de atenção em saúde mental aos usuários de substâncias psicoativas baseado unicamente na abstinência limita-se, entre outras questões, pelo fato de representar uma barreira ao acesso das

peças que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas às instituições públicas de saúde. A alta exigência em torno da abstinência implica censuras e constrangimentos aos episódios de reincidência, tornando o CAPSad espaços pouco acolhedores a essa população, frequentemente estigmatizada pela sociedade ¹⁶.

Este relato de experiência é um estudo que se construiu nesse contexto de fronteiras e elaborações. Um recorte da tese de doutorado do primeiro autor, orientado colaborativamente pela segunda autora, num trabalho de tessitura delicada que buscou analisar as perspectivas clínicas e o processo de trabalho da equipe desse Centro. A tese caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa que construiu pontes dialógicas com múltiplas linhas de pensamentos da saúde coletiva e das ciências sociais consonantes com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira como: saúde mental e atenção psicossocial ⁹, trabalho vivo em ato³, clínica peripatética ¹⁷, necropolítica ¹⁸, entre outros. Trata-se de uma pesquisa que emergiu das práxis e privilegiou a potência da vida como balizadora do cuidado e da produção de conhecimento em saúde mental protagonizando a compressão das cenas e dos fenômenos vividos/observados e da experiência de trabalhar e cuidar em um CAPSad.

Nessa perspectiva, este artigo tece a vivência multidimensional de pesquisador engajado, profissional da assistência e militante do cuidado que descreve, analisa e desenha compreensões sobre as racionalidades que habitam esse fazer técnico-intuitivo, além de ressaltar o protagonismo de saberes múltiplos.

Resultados/Discussão

Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar; fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias etc. ^{19:148}.

É sábado à noite e faz calor em um típico verão na Bahia! Estamos na véspera da Festa de Iemanjá e a cidade está fervente. Amanhã faz oito anos que o CAPSad foi inaugurado. De lá para cá, muitas águas rolaram: águas de choro e alegrias, águas turvas e purificadas, águas de frustração e celebração. Uma genuína festa das águas, com todos os ritmos das marés. E, claro, nesse período rolou também alguma *água dura* (expressão baiana para referir o consumo de bebida alcoólica)²⁰ porque ninguém é de ferro. Dou início ao processo de finalização da escrita desta pesquisa e, por coincidência ou trama dos Orixás, estamos no mesmo período do ano em que comecei essa experiência que resultou numa tese.

Ao iniciar a escrita das considerações finais, uma parte das minhas interrogações persistem, outras tantas diluíram-se nas águas temperadas desse mar de narrativas. Afinal, foram seis anos como trabalhador do CAPSad e três anos de investigação, estudo, silêncios, escolhas, solidão e entrega. Foi uma outra experiência...A primeira, como trabalhador, intensa, marcante, cheia de riscos, rabiscos, aprendizagens e conflitos. Desta vez, como pesquisador, foi com alguma calma, para que eu pudesse escutar o eco das intensidades marítimas do trabalho na saúde mental e na redução de danos. Para Larossa-Bondiá ²¹, esse é um tempo necessário à experiência, essa possibilidade de que algo te afete requer momentos de pausa, calma para o pensamento, para o olhar, o sentir vagaroso, para se demorar nos detalhes e cultivar delicadezas. Viver uma experiência, portanto, é deixar-se exposto e receptivo às afetações.

Mas teria estado atento a tudo que aconteceu nesse período como trabalhador e pesquisador?

Consegui expressar e articular esta produção acadêmica com a potência reflexiva que o trabalho em saúde mental exige e merece? Fui fiel à fala dos trabalhadores nas interlocuções? Aos registros documentais? Fui coerente com tudo que vi e vivi nesse período? Seria possível um outro pesquisador percorrer esse caminho e encontrar resultados semelhantes às considerações apresentadas neste trabalho de pesquisa?

Embora a tese metodologicamente não se caracterize como pesquisa-ação/ intervenção, a condição de ter trabalhado no CAPSad por seis anos me colocou numa posição muito íntima ao campo de investigação, aproximando-me dos modelos de profissional-pesquisador. Essa aproximação facilitou-me a entrada no campo, pois já conhecia algumas das suas regras implícitas. Por outro lado, de acordo com De Sanit Martin ²², o meu conhecimento sobre as regras e os funcionamentos institucionais não apenas favorece, ele também dificulta a compreensão da experiência e dos fenômenos observados, uma vez que a instituição designa uma dinâmica em que todos os atores que estão ali interagem numa inter-relação de poderes e múltiplos interesses, emaranhando as posições do trabalhador que se torna pesquisador.

Assim, essas implicações de trabalhador e pesquisador, ainda que protagonizadas em tempos cronológicos distintos (no tempo lógico, essa divisão não é tão definida assim), produziram ressonâncias sobre os resultados encontrados.

Imerso no tempo da pesquisa, rememoro, penso no período em que trabalhava intensamente no CAPSad. Teria sido participativo e colaborativo o suficiente nas reuniões de equipe? Consegui lutar por uma saúde mental verdadeiramente inclusiva e democrática? Será que, em algum momento, agi conforme o prisma manicomial? Fui condescendente com posturas profissionais opressoras? Estimulei a participação e o controle social dos usuários ou simplesmente abaixei a cabeça e fiz apenas o trabalho prescritivo: o que se pede, o trabalho burocrático, morto, instituído e sem o investimento afetivo?

Possivelmente em alguns momentos, sobretudo naqueles de maiores conflitos, cansaço e tensão, devo ter tomado decisões e assumido posicionamentos semelhantes às lógicas de cuidado que, de alguma forma, me incomodavam – seja pelo tecnicismo, pelo comodismo, pelo machismo, pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia ou mesmo pela indisponibilidade de abertura para novas possibilidades de se produzir o cuidado. Penso na impossibilidade de assumir uma posição estável, permanente de ser e fazer, de ser sempre acolhedor, democrático e antimanicomial; localizo meu movimento de balança entre racionalidades que me constituíram, que me habitam.

Em muitas situações, fiquei apreensivo com o modo como as coisas aconteceram; e nem sempre tivemos desfechos felizes nos acompanhamentos dos usuários e nas decisões construídas. A prática cotidiana do CAPSad é uma jornada marítima. Você tem sua embarcação, você conhece a maré, mas tem os ventos, o clima, a imensidão do mar. Ao sair para navegar, você pode prever algumas coisas, mas nunca todas elas, pois o vento sempre pode mudar e lhe surpreender. Não há possibilidade de certeza de condutas, afetos ou racionalidades fixas, frente à exuberância das demandas sociais dos usuários ou diante das vastas confusões e dos atendimentos imperfeitos dos serviços públicos de saúde mental ²³.

Entre algumas situações cotidianas em que fui tomado por ventos que me exigiram deslocamento, recordo-me de uma cena emblemática.

Um adolescente em situação de rua acompanhado pelo CAPSad chegou ao serviço sob intenso efeito do uso de crack. Mesmo sendo abordado por um técnico que naquele dia estava escalado para dar apoio à convivência, a sua inquietação não o permitia repousar sob a escuta. Adentrou ao

serviço provocando a equipe e as demais pessoas que circulavam por lá e aguardavam para o início das atividades assistenciais.

O adolescente xingou os técnicos e demais usuários, derrubou mesas e cadeiras, arrancou plantas do jardim, correu pelo pátio, forçou entrada em áreas restritas do arquivo de prontuários, driblou o segurança como se quisesse, a todo custo, chamar a atenção da equipe, sem conseguir responder às investidas de acolhimento.

Muito agitado, mas com alguma destreza, conseguiu subir numa área de aproximadamente seis metros de altura muito próxima ao telhado do CAPSad e começou a fazer movimentos corporais. Dançava, cantava e gritava em alto e bom som para que todos acompanhassem perplexos a sua extravagante performance.

Desesperados, os profissionais dividiam-se entre aqueles que se mobilizavam e suplicavam a descida do adolescente, pois compreendiam tratar-se de uma situação de crise no contexto de álcool e drogas, com real risco de queda e morte do usuário e, outros, que o ignoravam, convencidos do comportamento ardeiro e manipulador, costumeiro nos dias consequentes aos ensaios musicais que embalavam o imaginário de nativos e turistas que frequentavam o Pelourinho nos verões da Bahia. Para esse grupo de profissionais, o adolescente sempre *tocava o terror* (agitava e bagunçava)²⁴ num constante jogo relacional e um *aperto de mente* (pressão psicológica)²⁴ da equipe do CAPSad. Eu não estava dividido, mas atravessado pelo desespero de, naquele espaço, me sentir responsável pelo adolescente e furioso com o seu poder de mobilização coletiva e desestruturação da equipe.

Naquela manhã de ressaca, nada parecia convencer aquele jovem a desistir do seu espetáculo autoral. O telhado do CAPSad transformou-se em um grande palco onde todos poderiam vê-lo numa grandeza existencial talvez nunca experimentada. Usuários, trabalhadores, estudantes, familiares, curiosos, enfim, todos estavam ali como plateia, uma plateia apreensiva.

– *Chama a polícia! – Desce daí menino, você vai cair! – Quando você descer, vou te pegar!* Eram muitas as tentativas e alertas para retirá-lo de lá.

A equipe mobilizou-se e compreendeu que deveria chamar o psiquiatra. Afinal, tínhamos um usuário em crise e em risco iminente de morte. Curiosamente para nós o médico era a autoridade em assuntos dessa complexidade. Alguém precisava detê-lo, medicá-lo, estabilizá-lo ou interná-lo. A internação seria nossa última alternativa, mas faríamos isso, se necessário fosse. Afinal, éramos responsáveis pela vida daquele usuário e, mesmo orientados pelos princípios da reforma psiquiátrica, determinadas situações tinham os seus limites. E aquela parecia ser uma delas.

Mas, o que o psiquiatra poderia fazer? *Pensei encabulado*. Subir no telhado? Contê-lo? Como? Teria argumentos para convencer o usuário a descer de lá? Aplicaria alguma injeção? Alguma técnica diferenciada de convencimento? Bem, ele era o psiquiatra, dizia minha crença hesitante na racionalidade biomédica tradicional. Apesar da minha encabulada dúvida, estávamos confiantes em seu poder-saber resolver diante da gravidade da situação. Naquele momento, os pensamentos críticos sobre a invenção da psiquiatria como grande mãe dos dizeres sobre as insanidades e loucuras²⁵ sucumbiram frente ao medo e à impotência do não saber o que fazer.

Apesar de todo o investimento do psiquiatra, o usuário continuou protagonizando a sua cena. Nada parecia convencê-lo a descer do telhado, até que ouvimos um grito seguro e afirmativo: – *O que é que você está fazendo aí em cima, seu descarado? – Desce daí AGORA!!!! – Se eu subir aí e te pegar, você vai se ver comigo!* Era a voz forte e maternal de Dorinha, a responsável pelos serviços gerais do CAPSad que estava chegando ao trabalho naquela tensa manhã.

Para minha surpresa e a de todos, depois daquelas palavras em modo amplificado, o usuário desceu em manobra serelepe. Deu a mão a Dorinha e foi conversar com ela numa área reservada no fundo do CAPSad. Parecia mágica!

O que teria acontecido ali? Que poder era esse que tinha Dorinha de convencer o usuário e resolver com uma única frase aquilo que estávamos tentando há eternos 30 minutos? Qual seria sua técnica? Seu método? O que havia em sua argumentação? O que pode uma ajudante de serviços gerais diante do psiquiatra e de toda uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental e com técnicas de manejo de crises?

Um tempo depois, a partir das nossas discussões em equipe, soubemos que Dorinha, numa relação aberta e de acolhimento, sempre preparava o macarrão instantâneo para ele quase todas as manhãs em que chegava ao CAPSad com sua rotineira *larica* (fome muito forte, geralmente associada ao uso de algumas substâncias psicoativas)²⁴. Nas palavras de Dorinha: *as pessoas atendidas no CAPS precisam de amor, porque, quando falta amor, sobram técnicas*. Do seu lugar de olhar e se relacionar com aquele usuário, produzia uma outra conformação discursiva sobre os atendimentos. Seu cuidado, portanto, não era acadêmico e especializado; era um cuidado produzido em ato³ a partir do vínculo descarrilhado dos procedimentos normativos e protocolares com aquilo que produz vida e experiências. Um cuidado que acontece no bojo do território institucional, mas também em outros espaços possíveis do viver (não só do setor saúde) por ocasião da disponibilidade de aberturas ao encontro com o outro.

Certamente esse não foi um caso isolado. Muitas outras situações foram manejadas no dia a dia pelos próprios usuários, familiares e estudantes que circulavam pelo serviço e pela equipe de trabalhadores do CAPSad (auxiliares de serviços gerais, recepcionistas, o auxiliar administrativo, o vigilante, a secretária, o porteiro), trabalhadores que, a partir do vínculo e sem requerer uma condição técnica-acadêmica específica, foram eficientes em abordagens cuidadosas com os usuários. E eu estava ali, aprendendo-me cuidador em ato, reconhecendo a potência das epistemologias circulantes, engendradas a afetos múltiplos e potentes.

No entanto, seria ingênuo acreditar que as múltiplas situações e condições em que se eclodem as crises e os tensionamentos em saúde mental fossem acolhidas e contornadas com “abordagens Dorinha”. As situações em saúde mental, álcool e outras drogas são diversamente complexas e exigem múltiplas racionalidades, tecnologias e recursos de intervenção, sejam elas acadêmicas, científicas, políticas, relacionais ou práticas dos conhecimentos populares, cotidianos e tradicionais. Diferentes racionalidades respondem a diferentes exigências do cuidado e, quando usuário-centradas e suficientemente orquestradas, conseguem promover o máximo possível de integralidade, segurança, acolhimento, autonomia e resolutividade às necessidades psicossociais. É nas relações que os cuidados psicossociais acontecem e se movimentam¹⁷, mas também os descuidados, vivências de um cotidiano marcado pela pobreza, violência e desamparo estatal.

Igualmente ingênuo seria acreditar que Dorinha não tivesse desenvolvido um modo próprio de cuidar com as suas experiências de vida e na convivência com os usuários e colegas de trabalho no dia a dia no CAPSad. Neste último, destacamos a escuta, a observação, a experimentação, o diálogo, a participação nas reuniões de equipe, nos cursos, nas leituras e conversas realizadas no momento do café, pelos corredores, nas interações com familiares de usuários, estudantes e com a comunidade do território do Pelourinho. Integrava ao seu saber pessoal o fazer saber profissional promovendo um significado ampliado do trabalho num processo de educação permanente em saúde produzido no cotidiano do serviço²⁶. Para mim, na cena vivenciada, ficou a marca do desconcerto frente ao quanto estava atravessado por lógicas que, por vezes, subestimavam saberes

‘não especializados’, apesar de reconhecer a sua relevância. Novas significações ali foram produzidas: o vínculo era a grande potência do ato de cuidar em saúde mental.

A compreensão sobre o vínculo, especificamente no contexto da saúde mental, tem vastas contribuições de escolas psicológicas, filosóficas e socioantropológicas e seus pressupostos são utilizados em diferentes abordagens terapêuticas. Geralmente estão relacionadas aos investimentos e à circulação de afetos entre as pessoas, com ênfase nos aspectos subjetivos da dinâmica das relações interpessoais, da convivência e da sociabilidade²⁷.

Para Lancetti³, o vínculo com usuários de substâncias psicoativas envolve processos existenciais que se constroem e se movimentam em territórios vivos e possuem potência terapêutica que não se restringe à relação técnico-usuário, mas transcende essa díade formando uma rede de vínculos que se influenciam mutuamente entre os diversos atores nos territórios. Dessa dinâmica de cuidado ampliado, muitas vezes experienciada com desconfortos, pode emergir a capacidade inventiva de sustentar o acolhimento e a escuta, favorecendo o manejo terapêutico singularizado.

Imerso em lembrar, compreendo que talvez tenha começado, nesse momento, o desejo mais intenso de sistematizar essas experiências, calibrar o meu corpo sensível²⁸ para iniciar as trilhas da tese, harmonizar e confrontar as minhas atitudes, conhecimentos e intenções com tudo aquilo que havia aprendido e desaprendido nesse período, como trabalhador possível de um CAPSad.

A escolha de realizar uma pesquisa de doutorado no CAPSad afirma meu olhar curioso sobre a dinâmica da instituição e das relações interprofissionais, das conspirações e dos jogos relacionais que se ativam diante dos encontros humanos, dos gritos silenciosos e dos não ditos ensurdecidos, frequentes na construção cotidiana do cuidado psicossocial e na organização (e por que não produção?) da loucura, da adição e do caos presente no trabalho em saúde mental.

É importante destacar que as discussões sobre o trabalho e o cuidado psicossocial no CAPSad geralmente são fundamentados nos princípios da reforma psiquiátrica e, embora sejam progressistas e inovadores, ainda conservam resquícios dos paradigmas de biopoder, controle sobre os corpos e discursos pautados numa lógica colonial (base do modelo manicomial).

Esses paradigmas também me habitam e, optar por construir uma tese, faz-se ato de resistir, produzindo investigações capazes de compreender essa prática de cuidado a partir do campo de desenvolvimento das subjetividades, essas, irreduzíveis a fórmulas universais, mas atravessadas por uma cultura, um tempo histórico. De acordo com Passos²⁹, o movimento de reforma psiquiátrica também não escapa aos atravessamentos imputados pelo racismo estrutural e pelo colonialismo que sustentam a formação social brasileira. A autora nos alerta que esses movimentos, responsáveis em grande parte pelos avanços no campo técnico, ético e político na atenção psicossocial, ainda olham pouco para os saberes dos povos negros, indígenas, periféricos e ressaltam concepções eurocêntricas sobre as tecnologias de cuidado em saúde mental (especialmente os modelos italianos e franceses).

Sendo assim, adotar um direcionamento crítico de enfrentamento das questões de raça, gênero e classe social no contexto da reforma psiquiátrica brasileira não minimiza a sua importância para os avanços na assistência psicossocial e as suas contribuições na construção de valores civilizatórios de justiça social, liberdade e igualdade que envolvem toda sociedade, e não apenas os “loucos”, as pessoas que fazem uso abusivo de drogas e outras populações vulnerabilizadas^{30,31}, mas aponta a necessidade de um alargamento das bases epistemológicas iniciais da reforma para que abra mais espaço para o reconhecimento e a incorporação de experiências e saberes tradicionais afro-ameríndios, populares e cotidianos (saberes Dorinha), nos modos de pensar e cuidar em saúde

mental³¹.

Ao longo da história humana, sob múltiplos contextos e perspectivas, diferentes racionalidades emergiram para acolher as nossas inquietações, necessidades, sofrimentos e interrogações. Todas elas tiveram seus métodos, seus méritos, aplicabilidades, seus alcances e limites. Na atualidade, os desafios da reforma psiquiátrica no SUS são inúmeros e relacionam-se com questões específicas do trabalho e das práticas de cuidado em saúde mental, redução de danos e com a conjuntura de ações conservadoras e antidemocráticas que atingem o conjunto de políticas sociais e de saúde^{32,33}. Enfrentá-los demanda reconhecer, entre outras questões, as iniquidades sociais que marcam a nossa formação histórica e como elas se apresentam no debate teórico-prático-político do campo da saúde mental.

Considerações finais

Com essa perspectiva, me dirigi a construir uma tese de doutorado que versa fundamentalmente sobre relações. Destaquei que o trabalho assistencial realizado no território do CAPSad faz-se a partir da construção de vínculos, além de ser voltado para a produção da vida. Desenhei uma pesquisa que discutiu processos relacionais de trabalho que se fazem como movimentos de navegação marítima. A navegação de um “homem em tese”.

Na realidade vivenciada pela equipe desse CAPSad, a dinâmica que sustentava certas racionalidades já não responde às necessidades da população. Tais condições desafiam-nos a inventar e insurgir permanentemente no bojo do trabalho vivo novas identidades sobre si e sobre os modos de pensar e produzir o cuidado no âmbito da atenção psicossocial.

Refletir, repensar, fazer conexões e desconectar-se, dar sentido e compartilhar tudo o que vivi nessa experiência de relação próxima com esse equipamento social é trabalho minuciosamente artesanal que leva tempo e dedicação e que se distancia um pouco do mundo das urgências produtivas.

Umberto Eco³⁴ em seu livro *Como se faz uma tese* sinaliza que, para a construção de uma pesquisa, é preciso apurar o gosto com alegria. A produção do cuidado em saúde mental necessita de tempo e desejo para que possamos potencializar afetos alegres, um dos antídotos para nos fortalecer e equilibrar a melancolia, os ressentimentos, a culpa e as violências que atravessam a vida de usuários e trabalhadores dos SUS.

A despeito das múltiplas perspectivas sobre produção de conhecimento e cuidado em saúde mental não problematizadas neste artigo (sobretudo as condições materiais, financeiras, políticas, gerenciais e psicossociais necessárias para que trabalhadores-pesquisadores possam desenvolver bem as suas atividades) quando o próprio trabalho, o cuidado e a pesquisa são temperados e investidos de colaboração, o cotidiano das práticas e das investigações ganham força e podem se transformar numa permanente descoberta e reconstrução de si. Na curva final desse ciclo, ainda me sinto um ‘homem em tese’: inacabado, aprendiz, em construção... Como no cuidado em saúde mental que se faz, se desfaz e se refaz em vínculos, experiências, descobertas, criticidade e invenções... Em movimento.

Agradecimentos

A todas as pessoas que participam e constroem o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Gregório de Matos, especialmente às usuárias, usuários, trabalhadoras,

trabalhadores, estudantes e gestores vinculados à Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti.

Referências

1. Endo TC. Sofrimento psíquico à margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica. São Paulo: Zagodoni, 2017.
2. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. educ. saúde. [internet]. 2008 [Acesso em: 2020 jun. 23]; 6 (3): 443-456. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso.
3. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
4. Onokco-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(11).
5. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 67^a edição, 2013.
6. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica da pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2019; 19(1): 223-237.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília: 2002.
9. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 4^a Ed., 2015.
10. Wodak A. Harm Reduction is now the mainstream global drug policy. Addiction. 2009; 104(3):343-345.
11. Andrade TM. Reflexões sobre a política de drogas no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(12):4665-4674.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Política de atenção integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Brasília (DF); 2006.
13. Ministério da Cidadania (Brasil). Decreto N° 9.761, de 11 de abril de 2019. Brasília (DF);2019 [Acesso em: 2021 set. 20] Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/decreto-no-9-761-de-11-de-abril-de-2019-1>.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Nota Técnica N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília (DF);2019 [Acesso em: 2019 fev. 20] Disponível em: pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf.
15. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública. 2019; 35 (11):31.

16. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11):2309-2319.
17. Lancetti A. A clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2007.
18. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N-1 edições, 3ª ed, 2018.
19. Loureau, R. Analista institucional em tempo integral. Em S. Altoé (Org.), (pp.47-283). São Paulo: Hucitec, 2004.
20. Rios D. Baianês de A a Z - (O dicionário do falar baiano). Salvador: JM Editora; 1ª edição, 2016.
21. Larrosia-Bondía J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*. 2002; 19:20-8.
22. De Saint Martin C. Implication et surimplication du praticien-chercheur. *Fractal Rev Psicologia*. 2013; 25:461-74 [Acesso em: 2020 nov. 3] Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>.
23. Figueiredo AC. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Ed Relume-Dumará, 2ª. Edição, 2000.
24. Dicionário de português gratuito para internet (InFormal). 2006 [Acesso em: 21 set. 22] Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br>.
25. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2002.
26. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2005; 9(16): 161-178.
27. Riviere P. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 7ª edição, 2005.
28. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Ed. da UFRGS, 2006.
29. Passos RG. “Holocausto ou Navio Negreiro?” : inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. *Argum*. 2018; 10 (3):10-22.
30. Yasui, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
31. David EC, Vicentin MCG. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Revista Saúde em Debate*. 2020; 44 (3): 264-277.
32. Amarante P, Nunes O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 2067-2074.

33. Prado Y, Severo F, Guerrero A. Reforma psiquiátrica brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. *Revista Saúde em Debate*. 2020; 44 93): 250-263.
34. Eco H. *Como se faz uma tese?* São Paulo: Ed Perspectiva, 26ª. Ed, 2016.

Submissão: 01/03/2021

Aceite: 01/10/2021