

Vai passar, o sol já vai raiar.



PEACE



ENTREGO. CONFIO. ACEITO E AGRADEÇO



vícios



Você não está sozinho,
o segredo é não desistir!

MUSIC

FAMILY

HAPPINESS

LOVE

A PALAVRA, INSTRUMENTO NOSSO

DIZERES DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

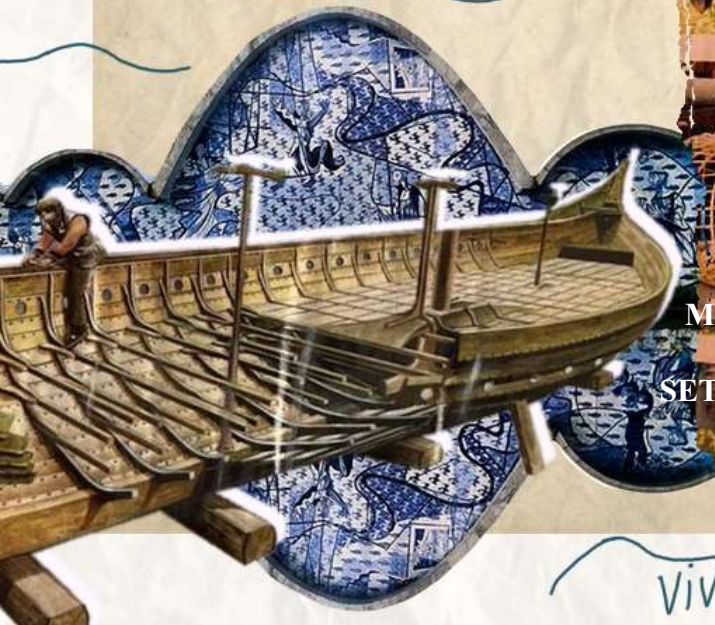
JESUS



DREAMS

COMMUNITY

plantas, música, energia.



MOSSORÓ/RN.

SETEMBRO, 2025.

Pessoas de diferentes origens contribuíram
para nossa formação cultural.

VIVEMOS EM CONSTANTE EVOLUÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COGNIÇÃO, TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES
MESTRADO ACADÊMICO

PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA

A PALAVRA, INSTRUMENTO NOSSO:
DIZERES DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

MOSSORÓ/RN

AGOSTO, 2025.

PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA

**A PALAVRA, INSTRUMENTO NOSSO:
DIZERES DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições, da Universidade Federal Rural do Semiárido, como requisito para a obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Dra. Deise Juliana Francisco

Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim

MOSSORÓ

AGOSTO, 2025

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

S719p Souza, Paula Rolim Pinto de .
A palavra, instrumento nosso: dizeres dos
usuários sobre o cuidado em saúde mental / Paula
Rolim Pinto de Souza. - 2025.
142 f. : il.

Orientadora: Deise Juliana Francisco.
Coorientador: Ricardo Burg Ceccim.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Programa de Pós-graduação em
Cognição, Tecnologias e Instituições, 2025.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3.
Centro de Atenção Psicossocial. 4.
Interdisciplinaridade. 5. Cuidado em Liberdade.
I. Francisco, Deise Juliana, orient. II. Ceccim,
Ricardo Burg, co-orient. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade
com AACR2 e os dados fornecidos pelo autor(a).
Biblioteca Campus Mossoró / Setor de Informação e Referência
Bibliotecária: Keina Cristina Santos Sousa e Silva
CRB: 15/120

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

Capa: Colagem feita pela artista Iara Marinho/Frivião, a partir das artes produzidas pelos usuários do CAPS II Antônio Herculano Soares de Oliveira no grupo-dispositivo Dedinho de Prosa.

PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA

**A PALAVRA, INSTRUMENTO NOSSO:
DIZERES DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições, da Universidade Federal Rural do Semiárido, como requisito para a obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Dra. Deise Juliana Francisco

Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim

Apresentada em 29/08/2025.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Carolina Rios Simoni (UFRN)

Profa. Dra. Károl Veiga Cabral (UFPA)

Profa. Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses (UFERSA/UEPB)

Dedico este trabalho aos também autores dessa pesquisa, os sujeitos que frequentam o CAPS II Antônio Herculano Soares de Oliveira, sobretudo os que se dispuseram a construir coletivamente, com o afeto de suas palavras, essa escrita-falada. Que cada traço marcado nesta dissertação ecoe a potência coletiva que enuncia a incessante construção de um cuidado em saúde mental.

Agradecimentos

Em última análise precisamos amar para não adoecer
(Sigmund Freud, 1914)

Às pessoas que, com amor e por amor, me sustentaram, suportaram e apoiaram nesse percurso:

À minha mãe Eva Maria da Silva Rolim Pinto de Souza e ao meu pai Paulo Gastão Pinto de Souza por seguirem me ofertando condições para que eu me erga na vida, no trabalho e no estudo. Por seus ensinamentos, nunca finitos, pois é com amor, cuidado e coragem que se constrói um lugar no mundo. Eu amo vocês!

À minha família materna e paterna por trazerem leveza e afago à minha trajetória. À minha sobrinha Bella Edilza por me convocar, com sua sensibilidade e beleza, a seguir costurando os fios da vida. Obrigada! À minha avó Alzenir da Silva Rolim (*in memoriam*) por me apresentar a beleza do amor, da fé e da luta, mesmo quando algo nos desfaz. Ela sempre me mostrou que a palavra, cantada, falada ou rezada, é sempre uma via possível para se fazer (e manter) laço com o mundo.

Aos encontros que a vida, a psicologia e a psicanálise me proporcionam: à Vitória Rodrigues pelo amparo incansável e pela parceria que atravessou o mestrado e a vida, sustentando os dias difíceis com escuta e presença firme, inclusive pela parceria para criar e fazer viver o Dedinho de Prosa; à Anny Morais, Kaline Mafra, Lara Santos, Matheus Madson, Sara Xavier e os amigos que se fizeram presentes durante esse percurso. Obrigada por me ajudarem a não esquecer quem sou, a pausar para respirar e prosseguir na vida com coragem e atrevimento.

Ao Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano Soares de Oliveira pelos tantos atos formativos que marcaram o meu percurso, em cena de estágio, em cena de mestrado e em cena de docência. Agradeço aos sujeitos que desejaram e construíram conosco o “Dedinho de Prosa”, dispondo de si e de suas palavras para que algo fosse elaborado e produzido. Aos profissionais que compõem o serviço por todo suporte, ensinamento e amizade, em especial à Beatriz, Camilla, Nadja, Sônia e Thallys. Muito obrigada! À Carlos, Valentina e Sara que prontamente aceitaram o convite e se disponibilizaram para que o grupo da pesquisa acontecesse. Vocês foram para além de assistentes de pesquisa, organizando e capturando com

sensibilidade os ditos do dedinho de prosa. Obrigada!

À professora Deise Juliana Francisco por acolher o meu projeto e as mudanças que foram se articulando, suas contribuições foram caras e precisas. Obrigada! Ao professor Ricardo Burg Ceccim por todas as conversas, pelo cuidado que dedicou à minha escrita, por me ajudar a dar corpo e encontrar caminhos para os dizeres. Você foi basilar para que eu seguisse escrevendo e esperando, obrigada!

Às professoras que compuseram a banca de qualificação e defesa da dissertação: Ana Carolina Rios Simoni, Karla Rosane do Amaral Demoly, Károl Veiga Cabral e Lenilma Bento de Araújo Meneses pelas preciosas e cuidadosas contribuições, vocês marcaram de um modo muito bonito o nosso trabalho de escrita. Aos professores, colegas e técnicos que pude encontrar no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições – PPGCTI por tornaram essa travessia possível. Aos colegas de turma Isabelly Vieira e Klaus Fontenelle; e aos colegas de orientação: Ariele Moura, Arthur Eduardo, Isis Aríscia, Rafaela Costa, Lenilma Bento, Maria Luz e Paula Érica por atravessarmos juntas(os) as conquistas e angústias diante da escrita da dissertação, obrigada!

*Somos do CAPS II Antônio Herculano
e é com muita alegria que apresentamos esse sarau,
fruto de nossa parceria
Dizem que o CAPS é como uma casa
e a equipe como uma família
Que nos cuidam e abrem caminhos
Para seguirmos nossa trilha
O cuidado já começa antes de entrarmos pelo portão
Com um bom dia, uma palavra, um gesto, uma ação
Principalmente na pandemia, nós temos que nos cuidar,
usem máscara e álcool e vão se vacinar
Mas voltando ao assunto que é muito especial
Também temos que cuidar da nossa saúde mental
às vezes as pessoas podem não compreender
e com palavras nos ferir sem ao menos perceber
Os adjetivos são muitos, nem consigo contar
Às vezes dizem que é loucura, mas quem é você para me adjetivar?
Tenho nome e sobrenome, sou um sujeito singular
Tenho sonhos, desejos e muita coisa pra tentar
O homem moderno muito estudado nunca fica no tédio
Inventaram pílula pra tudo, mas pra angústia não tem remédio
É aquela sensação que só fica indo e vindo
Mas vou lhe dizer uma coisa:
angústia só se atravessa sentindo
Por isso é tão importante ter quem nos apoiar
São esses laços que tecem a rede que nos ajuda a sustentar
A fala é uma grande possibilidade de inventar várias saídas
É por meio dela que escuto minhas palavras nunca ouvidas
A fala nos permite todos os dias esperar
Mas para que ela aconteça alguém tem que nos escutar
Nem que seja pela arte que é amor, é a criatividade do dizer
Em última análise, precisamos amar para não adoecer.*

(Vitória Rodrigues e usuários de um CAPS Adulto, Mossoró, 2021) *

*Poesia coletiva, composta para a abertura do Sarau de Saúde Mental, organizado pela equipe e usuários do Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano Soares de Oliveira, da cidade de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte. Vitória Rodrigues é artista e Psicóloga, inscrita no CRP 17/6161.

Resumo

O presente trabalho traça discussões em torno do movimento de desinstitucionalização, luta antimanicomial e reforma psiquiátrica brasileira, envolto em um contexto histórico sobre o itinerário das políticas de saúde mental, da construção da atenção psicossocial, das práticas de cuidado em liberdade para pessoas em sofrimento psíquico e dos enunciados dos usuários em defesa de um modelo assistencial que lhes diga e assegure respeito. Desse modo, o trabalho objetivou discutir como os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enunciam de modo coletivo as práticas de cuidado em saúde mental e como enunciam, desde o lugar de uso da atenção psicossocial, a possibilidade de formulação de uma Política Municipal de Saúde Mental. A metodologia viabilizou um espaço de palavra para os usuários, abrindo a discussão dos modos de cuidado que almejam para si e para seus pares, tendo como referencial o grupo-dispositivo em pesquisa-intervenção, seguindo o método cartográfico. Percorreu-se a trajetória das Conferências Nacionais de Saúde Mental como um caminho para visibilizar o trabalho de Reforma Psiquiátrica e possibilitar a construção de políticas de saúde mental, entendidas como espaço de palavra e apalavramento entre interesse coletivo e poder público. Compreendeu-se que um possível caminho de gestão da “palavra, instrumento nosso”, seria a implicação dos municípios em desenvolver linhas de cuidado e políticas em saúde mental participativas e de acordo com a realidade dos territórios, toando como parâmetros o acolhimento, a inventividade e a construção propositiva das situações de cuidado.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Interdisciplinaridade. Cuidado em Liberdade.

Abstract

This study traces discussions around the deinstitutionalization and antimanicomial movements in the context of the Brazilian psychiatric reform, within a historical panorama that includes the evolution of mental health public policies, the development of psychosocial care, healthcare assistance for people with mental disorders living in the community, and the enunciations of users in defense of an assistance in a mental health model that speaks to them and ensures their respect. The study aimed to discuss how users of a Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) collectively enunciate mental health care practices and how they can, from the perspective of psychosocial care users, viabilize a Municipal Mental Health Policy. The methodology provided a space for users to speak, opening up the discussion about the types of care they desire for themselves and their peers, using the group-device in research-intervention as a reference, following the cartographic method. The trajectory of the National Mental Health Conferences was followed as a way to highlight the study in Psychiatric Reform and enable the construction of mental health policies, understood as a space for discussion and dialogue between collective interests and public authorities. It was understood that a possible way to manage “the word, our instrument” would be to involve municipalities in developing participatory mental health care guidelines and policies aligned with the reality of the territories, taking as parameters the welcoming approach, inventiveness, and proactive construction of care situations.

Keywords: Psychiatric Reform. Mental Health. Psychosocial Attention Center. Interdisciplinarity. Mental Health Care in Freedom.

Lista de siglas e de abreviaturas

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM-I	Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLN	Conferências Livres Nacionais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CER	Centro Especializado em Reabilitação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e outras identidades e orientações
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MG	Minas Gerais
MLAM	Movimento de Luta Antimanicomial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSMAD	Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
PMS	Plano Municipal de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PRAEM	Programa de Acessibilidade Especial de Mossoró
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RN	Rio Grande do Norte
SUS	Sistema único de Saúde

SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SESAP	Secretaria do Estado de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UISAM	Unidade Integrada de Saúde Mental

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
POR QUE ESSA ESCRITA?	15
COSTURAS METODOLÓGICAS	18
<i>Uma pesquisa-intervenção</i>	19
<i>Abertura cartográfica</i>	21
<i>Dedinho de Prosa: o enlace da arte com a palavra</i>	22
<i>Um grupo-dispositivo</i>	24
<i>Caracterização do plano onde a pesquisa se localiza</i>	27
<i>Aspectos éticos da pesquisa e a entrada em campo</i>	29
MARCOS TEÓRICOS, CONCEITUAIS E POLÍTICOS DO TEMA E DA PESQUISA	31
<i>Máquina de loucos: há lugar para os sofrimentos psíquicos?</i>	32
<i>Percursos da Reforma Psiquiátrica</i>	36
<i>Marcos Políticos da Saúde Mental no Brasil</i>	40
<i>Tenho nome e sobrenome, sou um sujeito: o lugar do cuidado em saúde mental</i>	45
TERRITÓRIO DE PALAVRA E ESCUTA	47
<i>Cuidar: a quem será que se destina?</i>	48
<i>Conferências Nacionais de Saúde Mental: por onde (en)caminham?</i>	49
I Conferência Nacional de Saúde Mental	50
II Conferência Nacional de Saúde Mental	51
III Conferência Nacional de Saúde Mental	52
IV Conferência Nacional de Saúde Mental	53
V Conferência Nacional de Saúde Mental	55
<i>Conferências de Saúde Mental: daquilo que foi pronunciado, o que ficou apalavrado?</i>	56
PALAVRA INTERESSADA, PALAVRA ENDEREÇADA	59
COMPONDO UMA ESCRITA-FALADA	67
<i>Procedimento Entrevista</i>	69
<i>Grupo-Dispositivo Dedinho de Prosa</i>	80
A QUESTÃO QUE PERSISTE: HÁ COMO SAIR DO CAPS?	112
REFERÊNCIAS	119

APÊNDICES	126
1) <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	127
2) <i>Roteiro de Entrevista</i>	130
3) <i>Roteiro do Dedinho de Prosa</i>	131
4) <i>Parecer do CEP</i>	132

INTRODUÇÃO

Há pessoas que se compõem de atos, ruídos, retratos. Outras de palavras.

(Barros, 1989, p. 51)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seu início entre as décadas de 1970 e 1980, iniciada com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1979, que deu arrancada para a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1987, se formando, ao longo da década, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. A partir de então, o tema passou a ser discutido de forma ampliada na sociedade, questionando a lógica hospitalocêntrica e reclusiva com a qual se tratava as pessoas com transtorno psíquico. Tem início no país um movimento em favor da desinstitucionalização e da luta pela abertura de novos espaços para o tratamento, não mais designado como *psiquiátrico*, mas *em saúde mental*. Mundialmente, o caminhar do trabalho de desinstitucionalização teve início na Itália, com a Lei nº 180, Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, aprovada naquele país em 1978, que inaugurou um processo social complexo, envolvendo o redirecionamento dos modos de acolher e acompanhar terapêuticamente o sofrimento psíquico, assim como de reconstrução das relações de poder entre as instituições manicomiais e aqueles ali internados ou abandonados, seus familiares e a sociedade, tendo em vista novas políticas de tratamento e novos modos de agir no cuidado da loucura, especialmente sob uma ética hoje conhecida como “cuidar em liberdade” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2019).

A partir das ressonâncias do trabalho de reforma psiquiátrica que vinha sendo construído na Itália, da organização do MTSM e da realização da Iª Conferência Nacional de Saúde Mental, se consolidava no Brasil um movimento com certo fervor. O Iº Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental ocorreu em 1979, em São Paulo/SP, oito anos depois, em 1987, o grupo de Bauru/SP desencadeia o apoio, empenho e iniciativas para a preparação do IIº Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, reunindo trabalhadores, usuários e familiares, lançando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, radicalizando-se a luta contra a violência dos manicômios, cunhando-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e lançando-se a pauta pública “Por uma sociedade sem manicômios”. O IIº Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental realizou-se em Bauru, de 03 a 06 de dezembro de 1987, seis meses após a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 25 a 28 de junho de 1987.

Na ocasião, a luta antimanicomial se fortaleceu, resultando no projeto de lei para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, de autoria do deputado federal de Paulo Delgado. Apenas em 2001 o projeto foi aprovado como a Lei Federal nº 10.216, propondo serviços substitutivos aos

manicômios e novas formas de cuidado em saúde mental, pautando uma prática centrada nas pessoas e não mais nos quadros psiquiátricos, priorizando os atendimentos fora dos hospícios, eventualmente com leitos em hospitais gerais (Brasil, 2005, Costa *et al.*, 2016, Amarante, 2023). Nesse contexto de lutas, as Conferências de Saúde Mental possuem grande função no trabalho de Reforma Psiquiátrica conduzido no Brasil desde a Reforma Sanitária Brasileira, que lhe é contemporânea.

Durante os anos 1980, propostas para a construção de dispositivos substitutivos foram desencadeadas, enfatizando-se a importância do controle social e da participação popular para a criação e reestruturação de novas políticas de cuidado em saúde mental (Brasil, 2002). Fazendo frente ao modelo manicomial, foi proposta uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos/manicômios, hoje designada como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (que 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), para promover o cuidado às pessoas em intenso sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. De modo central a esta Rede, estão a construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que fazem parte da estratégia de desmanicomialização, e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são os serviços especializados de base territorial, a instalação de leitos psiquiátricos (ou de saúde mental) em hospitais gerais, a incorporação do cuidado de saúde mental junto aos Consultórios de/na Rua e a estruturação de ações de atenção à saúde mental nos serviços de atenção básica, entre outras ações e equipamentos que têm como proposta fazer uma torção no imaginário social sobre a loucura e àqueles em sofrimento psíquico intenso. Fazendo oposição aos tratamentos que dão continuidade à lógica manicomial, que segrega e silencia, a RAPS deve orientar-se pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade do acesso à saúde, como propõe o Sistema Único de Saúde (Conselho Federal de Psicologia, 2013, Brasil, 2011).

Diante dessa rede substitutiva, os CAPS devem se propor a um trabalho interdisciplinar, a partir de uma equipe multiprofissional que valoriza a participação popular e as construções coletivas, desconstruindo o modelo pautado por manicômios para a construção do cuidado apoiado no laço social, na liberdade e na oferta de autonomia aos usuários, constituindo-se, assim, como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário. As modalidades de CAPS são tipificadas pela diversidade de profissionais de saúde integrantes da equipe mínima, horário de

funcionamento e especificidade de público ou impacto à saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial I, que atende de segunda a sexta, das 8h às 18h, tem abrangência de população entre 20 e 70.000 habitantes (CAPS I); Centro de Atenção Psicossocial II, que atende de segunda a sexta, das 8h às 18h, podendo oferecer um terceiro turno até às 21h, tendo abrangência populacional entre 70 e 200.000 habitantes (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial III, que oferece atendimento 24 horas, todos os dias, inclusive nos feriados e finais de semana, tendo abrangência populacional acima de 200.000 habitantes (CAPS III); Centro de Atenção Psicossocial às pessoas com uso problemático de Crack, Álcool e outras Drogas (CAPS ad e CAPS ad III) e Centro de Atenção Psicossocial à população infantojuvenil (CAPSi). Em 2017, foi criado o CAPS ad IV, orientado ao atendimento “de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. O CAPS ad IV tem sua implantação planejada “junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado”, cujo padrão assistencial envolve pessoas de todas as faixas etárias; atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e acolhimento em urgências e emergências, com leitos de observação (Brasil, 2017).

Amarante (2015, p. 16) afirma que “não há acordo possível com o manicômio”, isto é, não podemos cessar de lutar por uma clínica libertária e coletiva, investindo em novos e essenciais dispositivos de cuidado, bem como devemos incentivar os trabalhos pautados na arte e cultura, o protagonismo das pessoas sob tratamento, as oportunidades para geração de renda e programas para a preservar a inserção dessas pessoas na vida social e produtiva. Faz-se necessário, nesse sentido, um fazer profissional interdisciplinar, comprometido com a participação popular, com as artes e geração de renda, com um objetivo ético e político no acolhimento e na oferta de ações. Para isso, é necessário pensar um modo de cuidado que alie o tratamento farmacológico, psicoterapêutico, terapêutico ocupacional e de enfermagem com outros modos de cuidar coletivamente, que abarquem as singularidades, os saberes populares, a participação dos familiares, a diversificação de abordagens multiprofissionais e de outros atores que circulam nos espaços de cuidado em saúde mental, criando equipamentos que estejam de “portas abertas” e dialoguem com a sociedade, construindo um ambiente afetivo e disposto a acolher a livre expressão de seus usuários (Melo, 2023). Afinal, não basta ser um equipamento pautado na não internação, precisa que o modo de cuidar em liberdade se construa no discurso, na prática dos profissionais e nos modos de funcionar e recriar.

Um caminho possível para garantir que os equipamentos funcionem a partir dos modos cuidadores e libertários é a implicação dos municípios em desenvolver políticas e linhas de cuidado em saúde mental assertivas e sistematizadas de acordo com as realidades locais, promovendo o trabalho de equipamentos integrados aos territórios e articulados em redes intersetoriais, que realizem ações de promoção, prevenção e proteção em saúde mental, com garantia da assistência que se faça necessária, pois “é importante lembrar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas” (Brasil, 2002, p. 20).

Cabe traçar um paralelo entre a criação de novas políticas e serviços e o incentivo à participação social para a efetivação de mudanças nos paradigmas de tratamento e cuidado, como na formulação de Paulo Freire (1987) sobre o “inédito-viável”, condição que se coloca diante da travessia de “situações-limite”. Em “Pedagogia do Oprimido”, Freire inaugura o conceito de inédito-viável para a superação de situações-limite da prática pedagógica. Esses inéditos-viáveis representam a possibilidade de concretizar certos fazeres que antes eram considerados inviáveis de se realizar, mas que a partir de um pensar crítico e de ações coletivas podem se tornar viáveis, possíveis de serem realizados. O que Freire aponta à prática pedagógica se pode transportar à prática de saúde, em sinonímia. Freire (1983) aponta que o nosso mundo é de comunicação, sendo assim, é no diálogo entre atores sociais que possuem diferentes saberes que a construção de conhecimento pode ser realizada, é na dialogicidade entre os saberes e fazeres profissionais, acadêmicos e populares, que o intercâmbio e criação podem se ser viáveis.

Lima e Yasui (2014, p. 596) pontuam que, com o advento da Reforma Psiquiátrica, o lugar do cuidado (que por vezes é de des-cuidado) deixa de ser “predominantemente o hospital para se tornar o território de vida dos sujeitos, um objeto dinâmico, vivo, de inter-relações”. Dessa possibilidade e necessidade de um fazer coletivo em território, pensar uma Atenção Psicossocial na qual a produção do cuidado seja construída de modo articulado é questão fundamental, sendo o CAPS um equipamento organizador do “cuidado em território” ou do “território de cuidados”. Inaugurar um espaço pautado na lógica do território, convoca a pensar que as práticas de cuidado podem ser produzidas no encontro com o outro, com os usuários das ações de saúde mental de determinado território, onde – para que algo seja produzido – se precisa dispor de escuta e da disposição ao construir de modo conjunto. É preciso deixar que as

certezas caíam, abrir espaço para que os saberes que circulam na comunidade possam ressoar e permitir que os sujeitos digam, dos modos que lhes forem possíveis, sobre seus desejos, questões e poderes de ação (Lima; Yasui, 2014; Merhy; Batista, 2007).

Diante do exposto, surge esse estudo, fruto das inquietações em torno das práticas de cuidado em saúde mental em território e do desejo em construir uma pesquisa que se pautasse, antes de tudo, pela palavra dos usuários e das usuárias de Centros de Atenção Psicossocial, contatando a vivência do cotidiano dos equipamentos e das práticas de cuidado em cenários vivos. Nessa perspectiva, a pesquisa realizou a busca pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental como um modo de visualizar os caminhos “de território” da Reforma Psiquiátrica e a busca pelas Conferências Municipais de Saúde de em uma cidade de interior no nordeste brasileiro, buscando as enunciações em torno do modelo de cuidado desejado pelos usuários e a palavra desses usuários em ato de encontro e conversação. Desejava-se perscrutar quais práticas são ofertadas e quais seriam aquelas que os próprios usuários enunciavam como demanda.

Delineou-se uma pesquisa-intervenção, sob a forma do “Dedinho de Prosa”, um grupo-dispositivo usado em um CAPS da cidade de Mossoró/RN, a investigação buscou pela “palavra, instrumento nosso”. A noção de grupo-dispositivo em pesquisa-intervenção (Rocha, 2003, Barros, 2009, Diehl, 2015, Amaral; Gentini; Amaral, 2018, Rézio; Ceccim; Silva; Ceballo; Borges, 2022) foi utilizada para a construção de um caminho de escuta dos usuários, apostando na possibilidade de produção de cuidado e de sentidos. Este trabalho foi construído a várias mãos e palavras e respondeu a seguinte problemática: o que dizem os usuários coletivos sob a forma de luta política, como nas conferências de saúde mental e o que dizem os usuários em um dispositivo de escuta direta e de proposta cuidadora, não tipicamente clínica, mas de intervenção dialógica sobre o cuidado em saúde mental? Diante de tais escutas, foi possível assinalar como se estabelece o confronto ou o encontro com a política municipal de saúde mental, tomando o caso de uma cidade de interior no nordeste brasileiro.

A pesquisa foi construída na cidade de Mossoró/RN e levou em consideração um CAPS da modalidade II, que atende à população adulta. Trata-se de um serviço aberto, funcionando diariamente para o acolhimento e atendimento daqueles em sofrimento psíquico severo, com uma equipe multiprofissional, sob um fazer interdisciplinar. A agenda pública nacional de cuidado em saúde mental é de que o trabalho desses equipamentos seja construído para além de sintomas, medicação e saber psiquiátrico, direcionando sua ação à atenção psicossocial de

abordagem intersetorial, considerando o protagonismo dos usuários e suas famílias, a configuração de espaços acolhedores onde sejam inseridos os aspectos sociais, políticos e subjetivos. O atendimento de saúde mental em território tem o objetivo de acompanhar o usuário de acordo com os princípios da clínica psicossocial, assegurando direitos e colaborando com o fortalecimento dos laços comunitários de rede e de práticas cuidadoras (Rocha; Paula; Castro, 2021, Brasil, 2004).

POR QUE ESSA ESCRITA?

O que inicia não finaliza: no fim, está o começo como uma estratégia de vida.
(Elida Tessler, 2012, p.210)

A escolha pelo tema a ser trabalhado nesta pesquisa não se deu à toa ou de repente, veio marcado por encontros pessoais que vêm sendo tecidos desde a infância e dos acadêmicos e profissionais que foram possíveis de vivenciar com a entrada na graduação em Psicologia. Quando criança, acompanhei e escutei minha mãe, que é assistente social, em seu trabalho em saúde no município de Areia Branca. Esses acompanhamentos durante a infância reverberaram em muitas escutas e questões que, desde então, movimentaram minhas escolhas adolescentes e adultas, assim como instauraram o desejo de um dia retornar a esses equipamentos de um outro modo e com outra função.

Em 2017, iniciei a graduação em psicologia e, a partir de então, se deu meu encontro com as temáticas envolvendo o cuidado em saúde mental e a Reforma Psiquiátrica. No ano de 2021, iniciei meu estágio de um ano no Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano Soares de Oliveira, campo em que foi possível conhecer um trabalho de acolhimento e intervenção a partir da intersecção entre arte, escuta, palavra, saúde mental e luta por direitos, atravessada também pela psicanálise. Como estagiária no CAPS, foi possível participar da relatoria da pré-conferência municipal de saúde mental que ocorreu no serviço, momento em que se escancarou ainda mais a importância de ofertar espaço de fala e escuta para os usuários que têm aquele lugar como ambiente de cuidado e tratamento. Foi possível constatar a participação cidadã na identificação das falhas e potencialidades do serviço e, a partir disso, pensar coletivamente propostas de novos fazeres para o CAPS, seguindo aquilo que tocava o corpo, a vida e o tratamento de cada usuário e familiar que lá estava. Nesse momento, percebi a preciosidade de um fazer construído coletivamente, com participação popular e escutando quem convive diariamente com os desafios para um tratamento digno, acessível e público em saúde mental. É dessa experiência que surge essa motivação de pesquisa.

Cabe ressaltar que este estudo possui também uma motivação política, apostando na participação da cidadania para a construção de modos de cuidar em saúde mental, que sejam possíveis de visibilizar e correspondam àquilo que os usuários lutam por alcançar. Apesar da farta literatura em defesa da Reforma Psiquiátrica, ainda encontramos, na prática, a vigência das condutas e discursos manicomialistas, especialmente entre os profissionais. A partir disso, visualizamos ser de grande importância ressoar a palavra dos usuários, colocando-os em um lugar de protagonismo, inclusive, para que haja uma torção nos discursos e nos modos de fazer

da formação, da gestão e do exercício da clínica em saúde mental em favor de um modelo assistencial tal como pleiteado pela cidadania informada.

Em novembro de 2021 escrevi um dos últimos diários de campo do meu estágio, onde o encerrei da seguinte maneira: *Inicialmente, tivemos que encontrar modos para entrar no CAPS, para conseguir fazer um trabalho com a equipe, com os pacientes e com a faculdade, para construir vínculos e fazer laços. Parece que sempre encontro um modo para entrar, mas a questão que fica agora é: como encontrar um modo para sair do CAPS? Como interromper esse trabalho que tanto investimos para mantê-lo de pé? As questões seguem sem respostas, mas como diz Clarice Lispector “a invenção do hoje é o único meio de instaurar o futuro”, então algum ato inventivo há de surgir.* Hoje entendo que essa pesquisa é o meu “ato inventivo”, ela é também uma tentativa de registro dos dizeres dos usuários, do trabalho realizado pelo CAPS e das marcas deixadas no meu percurso. Parece que o trabalho não foi interrompido. A presente escrita registra, com luta, desejo e política, a memória viva da construção de um trabalho em saúde mental.

Assim, mediante o esforço de delimitar o escopo da pesquisa, foi traçado um objetivo geral descrito de forma abrangente, no esforço de contemplar um foco coletivo, expresso pela instância cidadã e participativa das conferências de saúde mental, e um foco em busca das singularidades, mediante o ato de escutar em um grupo-dispositivo realizado em um CAPS adulto da cidade de Mossoró/RN. Assim, traça-se o seguinte objetivo geral da pesquisa: **discutir, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, o que os usuários de um CAPS adulto do interior nordestino enunciam de modo coletivo sobre os modos desejados de cuidado em saúde mental e como enunciam, desde o lugar de uso das ações de saúde mental, como possibilidade à formulação de uma Política Municipal de Saúde Mental.**

COSTURAS METODOLÓGICAS

Uma pesquisa-intervenção

Este estudo é traçado como uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo como referencial metodológico o grupo-dispositivo em pesquisa-intervenção. Para o grupo-dispositivo foi considerada uma metodologia de grupo desenvolvida no CAPS Antônio Herculano Soares de Oliveira, designada por “Dedinho de Prosa”, por meio da qual os usuários foram escutados em cena de intervenção acerca do acolhimento e cuidado que recebem e que desejariam receber, aspectos de convergência e divergência.

A pesquisa-intervenção se caracteriza como uma pesquisa participativa que capta seus dados em cena, não de modo passivo e “neutro”, como pura representação, mas de modo interativo e dialógico. O aspecto “intervenção” é aquele que permite captar a informação mobilizada pelo ato de intervir, ou seja, a informação tal como se move e faz mover a realidade. “A pesquisa-intervenção constitui-se como uma espécie de aventura por territórios desconhecidos, em virtude do permanente processo de transformação e adequação aos grupos e espaços onde acontecem as intervenções” (Amaral; Gentini; Amaral, 2018, p. 5), assim, transversaliza saberes em arte, saúde, cuidado, humanização e ação política. Essa interação contribui para que os sujeitos se movimentem com relação ao cuidado do coletivo e de si, escutando histórias e concepções de vida diversas, culminando em vínculos afetivos de amizades, companheirismo, solidariedade e, para alguns, também familiares.

A pesquisa-intervenção coloca em evidência “a importância de aprender a lidar com [as] forças e fragilidades de trabalhar cooperativamente, de lidar criativamente com opressões, de sentir e perceber a vida a partir de outros ângulos e perspectivas” (Amaral; Gentini; Amaral, 2018, p. 15), questão que tem importância nesse trabalho, pois procurou-se compreender como se organizam as práticas de cuidado a partir daqueles que ocupam o lugar de ser-cuidado e como estes desejam que o cuidado se organize, assim, produzindo sentidos de modo criativo e coletivo, segundo a compreensão singular de cada um. No entanto, para além de teorizar, é preciso criar novos dispositivos de intervenção que auxiliem na resolução das adversidades. Por esse motivo, justifica-se o uso do Dedinho de Prosa como caminho para este estudo, principalmente por ser um dispositivo que se construiu no interior das ações do CAPS permitindo abrir novas possibilidades para a escuta dos usuários.

A função do grupo como um dispositivo para a pesquisa-intervenção visa produzir conhecimentos e efeitos nas relações construídas entre os participantes, a instituição e o social,

utilizando-se de tecnologias que fomentem um “fazer comum e compartilhado” para a produção de novas perspectivas (Diehl, 2015, p. 225). Possibilita, ainda, diante de seu caráter político, saberes-fazeres práticos, promovendo torções no fazer profissional para uma produção de saúde e cuidado relacionado à realidade social do território, ou seja, propicia um trabalho coletivo que envolve usuários, profissionais, familiares e a própria pesquisadora, buscando favorecer intervenções ampliadas e possibilidades de cuidado diversas (Rézio; Ceccim; Silva; Ceballo; Borges, 2022).

Integra-se – ao aspecto interdisciplinar da pesquisa – a utilização da análise documental, tendo em vista recuperar o posicionamento das Conferências de Saúde Mental, incluindo as etapas nacionais, estaduais, municipais e a pré-conferência ocorrida no CAPS II “Antônio Herculano Soares de Oliveira”. De acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 2), esse procedimento de investigação abre espaço para o “entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural”, considerando o contexto em que os documentos foram produzidos e quem participou da sua elaboração (autores e colaboradores). Os dados foram coletados a partir dos relatórios das Conferências de Saúde Mental publicadas nos canais oficiais de divulgação do Ministério da Saúde, da cidade de Mossoró ou acessadas a partir do contato com a coordenação municipal de saúde mental. O relatório da pré-conferência realizada no CAPS foi obtido com a comissão de relatoria (as pré-conferências de âmbito municipal não costumam ser publicadas nos sítios eletrônicos).

Para contemplar a questão de pesquisa e seu objetivo, foram realizadas aproximações com o CAPS, por meio de visitas, participação observante e entrevista com a gestora do serviço, tendo em vista maior apropriação com o cenário territorial da atenção psicossocial, contatando “os atores sociais que o vivenciam” e “o sentido que eles mesmos conferem às suas ações” (Sade *et al.*, 2013, p. 2814). A entrevista, segundo Marconi e Lakatos (2003), auxilia na investigação e tratamento de “problemas sociais”, possibilitando compreender, nesse encontro e escuta, quais condutas, práticas e planejamentos vão sendo possíveis para o trabalho: “os padrões éticos do que deveria ter sido feito e considerações práticas do que é possível fazer” (p. 196). As perguntas da entrevista foram conduzidas na intenção de conhecer como as ações que o CAPS oferece são planejadas e executadas, quais os principais desafios e impasses que a gestora e a equipe encontram e quais saídas foram/são possíveis diante destes. Como modo de registrar as respostas, foram utilizadas anotações feitas no momento da entrevista e a gravação de voz (permitida pela entrevistada) a qual foi transcrita posteriormente para uso das

informações na pesquisa.

O estudo trouxe consigo a retomada dos movimentos históricos de construção da atenção psicossocial, das práticas de cuidado em liberdade, de autonomia das pessoas com transtorno psíquico e de transformação social, ofertando argumentos “locais e implicados” para a compreensão de demandas pelo modelo de cuidado e acompanhamento que se faz em território, no que diz respeito à política de saúde mental. Viabilizou-se a construção de um espaço participativo para a discussão de práticas de cuidado, ofertando a palavra aos usuários e para seus enunciados acerca dos modos de cuidado e acolhimento que almejam para si e para seus pares (Rocha, 2003). Nesse aspecto, a pesquisa-intervenção teve a possibilidade de se construir como um dispositivo de produção de conhecimento e de transformação social, onde a pesquisadora assume o lugar de facilitadora (Rocha, 2003), uma pesquisa que constrói desde um saber-fazer para um fazer-saber (Passos; Barros, 2015).

Abertura cartográfica

Para a realização da pesquisa-intervenção considerou-se o método da cartografia, por possibilitar traçar o plano da experiência e acompanhar “os efeitos do próprio percurso da investigação” que mobiliza o objeto, o plano da pesquisa e a pesquisadora. “Trata-se aqui de um aprendizado da própria atenção ao presente vivo que é suscitada pela experiência da pesquisa, que assume aqui uma dimensão estética – estética porque diz respeito aos processos de criação da realidade”. Assim, não se busca “saber sobre”, mas *fazer saber* a partir dos movimentos que se dão na imanência do plano/campo (Passos, Kastrup e Escóssia, 2009 p.201).

Nesse sentido, a produção e a análise dos dados não se distinguem como momentos estanques, mas se coproduzem no fazer ético-estético-político, onde buscou-se alcançar “procedimentos de escrita que [dessem] visibilidade ao processo de construção coletiva”, costurando os efeitos da circulação da palavra em diferentes dispositivos: no grupo-dispositivo “Dedinho de prosa”, nas instâncias participativas/deliberativas (como as conferências de saúde mental) e no cotidiano do cuidado ofertado no serviço. Coube, então, à pesquisadora disponibilidade para “lançar-se na água” do plano da pesquisa, onde se pôde “experimentar dispositivos, habitar um território, afinar a atenção, deslocar pontos de vista e praticar a escrita” (Passos, Kastrup e Escóssia, 2009, p. 203).

Estando a pesquisa situada em um contexto de luta política e articulação coletiva dos movimentos sociais, de saúde e intersetoriais que são a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, tomar a cartografia como método exige reconhecer que “não há neutralidade do conhecimento, pois toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que apenas a representa ou constata em um discurso cioso das evidências”. Assim, se um cartógrafo defende que “toda pesquisa é intervenção” é preciso “um mergulho no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis”, impedindo qualquer pretensão de exterioridade ou de aplicação neutra de técnicas. O campo não é algo a ser recortado e analisado à distância, mas um plano em que pesquisadora e participantes se coengendram em um movimento coletivo de problematização e invenção (Passos e Barros, 2009, p.17- 30).

Trata-se de uma ciência implicada, inventiva, que “não apenas refaz seus enunciados, mas cria novos problemas e exige práticas originais de investigação”, como o dedinho de prosa, que é uma metodologia de trabalho grupal inventada dentro do próprio CAPS pesquisado. É nessa direção que se inscreve esta pesquisa: um caminho que intenciona que os usuários, historicamente silenciados e desterritorializados, possam ocupar também o lugar de produtores de conhecimento e proposições políticas, compondo junto com a pesquisadora os traçados de uma cartografia coletiva, de uma escrita-falada (Barros e Kastrup, 2009, p. 55). A escrita, nesse percurso, não se coloca como momento posterior e neutro, mas como dispositivo ativo da própria intervenção. Escrever, nesse contexto, é acompanhar os movimentos da experiência, como elucidam Laura Pozzana Barros e Virgínia Kastrup (2009, p. 52-55) “cartografar é acompanhar processos”, o que exige do pesquisador uma atenção flutuante, sensível aos fragmentos que escapam às capturas institucionais. A escrita cartográfica, portanto, é também prática de escuta, invenção e implicação. Ao tornar-se coautora com os sujeitos da pesquisa, a pesquisadora sustenta uma escrita que não apenas narra, mas intervém, podendo gerar efeitos políticos, coletivos e territoriais de afirmação da vida e de reinvenção do cuidado em saúde mental.

Dedinho de Prosa: o enlace da arte com a palavra

Com uma palavra podia inventar um caminho de vida.
(Lispector, 2019)

O “Dedinho de Prosa” nasce em um período de grande crise sanitária, onde o contexto

social, político e de saúde era fragilizado. A pandemia de covid-19, além de escancarar a angústia diante da vida e da morte, desnudava as fragilidades de um sistema de saúde já sobrecarregado e expunha também as lacunas nos serviços de atenção à saúde mental. De acordo com o Boletim Epidemiológico 63 (Brasil, 2021) na Semana Epidemiológica 19 (09/05/2021 à 15/05/2021) o Rio Grande do Norte registrou 249.317 casos confirmados de covid-19, aparecendo como o estado do nordeste com a maior incidência (527,8 casos/100 mil hab.).

Nesse período, adentram ao CAPS estagiárias de psicologia, entre as quais me encontro, para a realização do estágio curricular em Atenção Psicossocial (CAPS II Antônio Herculano Soares de Oliveira, Mossoró – RN). Era um momento em que os usuários compareciam ao CAPS para retirar medicamentos, enquanto aqueles que tinham as condições adequadas (físicas, financeiras e apoio de seus familiares) conseguiam participar de atividades realizadas na modalidade on-line. Desse modo, o acompanhamento em grupo surge como possibilidade de trabalho a ser realizado durante o estágio. A existência do grupo é, antes de tudo, fruto da palavra dos usuários, de uma articulação coletiva e de um endereçamento vindo dos próprios, não somente um endereçamento de palavras, mas um desejo de trabalho *dialógico*.

Diante disso, a palavra e a arte se apresentam como possibilidade de vida, criação e cuidado, em um contexto marcado pelo agravamento das práticas de segregação, onde a privação de liberdade estava ainda mais escancarada com o isolamento social, o aumento das práticas de medicalização e a escassez do cuidado ampliado em saúde mental. Como destaca Ana Marta Lobosque (2020, p. 291): “A arte não é um supérfluo, um acréscimo que se possa dispensar em tempos de crise ou de cortes (...), ela é precisa, mais do que nunca, no momento adverso” e, como cita Sigmund Freud (1996, p. 195), “o objetivo primário do artista é libertar-se”. Nesse sentido, o Dedinho de Prosa apontava para a palavra não capturada por uma lógica disciplinar ou prescritiva, mas sustentada em sua abertura e potência de deslocamento, a palavra como emergência artística: narrar histórias, compor versos, cantar.

A expressão “Dedinho de Prosa” é comumente utilizada no vocabulário popular local, evocando um uso cotidiano da linguagem, na tentativa de convocar à conversa íntima, sem formalismos, mas, ao mesmo tempo, podendo ser acompanhada de afetos, sentidos e escuta. A palavra “prosa”, em sua acepção literária e significado de palavra (Ferreira, 2008), refere-se a um modo de falar ou escrever, à forma escrita não submetida a uma métrica rígida, aberta ao que pode surgir, o que se aproxima da ideia de associação livre, proposta por Sigmund Freud,

fundamento da psicanálise que “consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos” que ocorrem ao sujeito, podendo ser de modo espontâneo ou a partir de algo disparador como a palavra, imagens e sonhos. Para o grupo, consideramos a arte como esse algo que “dispara”, possibilitando um lugar de invenção e produção de algo novo, considerando que “mesmo nos casos em que o ponto de partida é fornecido por uma palavra indutora, pode-se considerar “livre” o desenrolar das associações, na medida em que esse desenrolar não é orientado e controlado” (Laplanche e Pontalis, 2001, p.39).

A psicanálise, por sua vez, foi um caminho fundante para a construção desse trabalho. Entendendo que ela se constitui como um “tratamento pela fala”, onde pode ser possível “reverter o sintoma em efeitos de criação” (Lacan, 1998, *apud* Fernandes, 2015, p. 191)¹. Desse modo, entende-se o dedinho de prosa como um grupo-dispositivo analítico que instaura formas outras de laço, subjetivação e cuidado, assim, ele “poderá servir às descristalizações de lugares e papéis que o sujeito-indivíduo constrói e reconstrói em suas histórias”. Destaca-se ainda que essa construção não se faz sem as marcas coletivas, sem o território ou sem as identificações que circulam o lugar, o grupo torna-se, portanto, operador de laço social (Barros, 1994, p. 152).

O CAPS parecia estar em uma constante tentativa de *re-viver*, *re-erguer-se*, a partir dos rastros inacabáveis da pandemia. Muita coisa morreu em muita gente, mas naquele equipamento de saúde parecia ainda ter algum resto de vida e de desejo, pelo menos nos usuários, nas estagiárias, na diretora e em alguns profissionais. O amor, o desejo e a esperança ainda persistiam. Assim, o grupo teve sua abertura dia 08 de junho de 2021, com o tema “o tempo”, em um momento em que os serviços estavam tentando retomar algumas atividades presenciais, de modo incipiente, mas seguiam em busca de inventar algum modo de trabalho diante do cenário de pandemia e afastamento físico.

Um grupo-dispositivo

Ai daqueles e daquelas, entre nós, que pararem com a sua capacidade de sonhar e de inventar a sua coragem de denunciar e anunciar.
(Freire, 1983, p. 101)

¹ Fernandes, Andréa Hortélio. O mal-estar na civilização sua articulação com a linguagem e a literatura. Revista EPOS, v. 6, n. 2, 2015, p. 179-199.

A Reforma Psiquiátrica tem como compromisso ético-político apostar nas experiências dos sujeitos que se implicam nos processos de produção de saúde. Para isso, vem sendo nomeados novos dispositivos/metodologias de trabalho que possibilitem alcançar os sujeitos e as coletividades para a oferta de cuidado em saúde mental (Sade *et al.*, 2013). Regina Benevides de Barros (2009, p. 12) pontua o Grupo como um dispositivo que intervém sobre a realidade, um “produzir-se contínuo” que possibilita, a partir da palavra e da relação com o coletivo, a oportunidade de encontrar saídas variadas para as questões que movimentam os sujeitos:

[...] Se há uma política da propriedade, dos direitos da pessoa e dos grupos instituídos, há também uma micropolítica que encontramos ao esgarçar ou debrear as propriedades de si e do mundo, revelando seu tecido conjuntivo ou, melhor ainda, seu tecer (...) Há que se fomentar grupos que se ofereçam como suporte de expressão de virtualidades existenciais – suporte não tanto para o que existe, mas para o que é germen potencial para outras existências (...) O grupo entendido como devir se oferece como oportunidade para a extração de partículas das formas já constituídas, apontando para a emergência de outras formas (Barros, 2009, p. 13-15).

O trabalho com o grupo-dispositivo é apostar na ação-criação dos sujeitos, ofertando espaços para que possam não apenas falar, como também ouvir outros, estabelecendo novas conexões e experimentando “o que está aquém e além de si, podendo, então, outrar-se, (re)inventar-se”. O grupo é lugar potente de diálogos, favorecendo a construção coletiva e a criação de espaços de cuidado em saúde que acolham os usuários e seus familiares em seus contextos histórico, social e territorial (Barros, 2009, p. 23, CFP, 2022, p. 99). Esse modo de trabalhar emerge, também, da instauração da RAPS, em que as dinâmicas de grupo surgem como modos de acolhimento clínico e político, onde os ditos “loucos” podem ter espaço para se construírem como sujeitos, falarem em seus nomes próprios e apostar no que desejam. Além de ser um importante recurso e modo de tratamento em reabilitação psicossocial, deslocam o lugar do “doutor”, dissolvendo a noção de que o saber está apenas no médico ou na psiquiatria. Inaugura, assim, uma posição de saber sobre si, de descobrir o que se é, o que se deseja e quais caminhos são possíveis traçar e seguir (Jucá *et al.*, 2010).

Este estudo adota o disposto-grupo do “Dedinho de Prosa” como instrumento metodológico de pesquisa. Se o grupo surgiu em 2021 como um trabalho grupal realizado no CAPS, voltado para o cuidado coletivo, em 2022, a dinâmica passou a ser utilizada também em uma Unidade Básica de Saúde para o grupo de saúde mental com mulheres idosas e atualmente (2025) é utilizado em um Centro Especializado em Reabilitação como modo de cuidado a mulheres com fibromialgia. O Dedinho de Prosa é um dispositivo de “roda de conversa e arte”,

que objetiva traçar diálogos para a promoção da saúde, ofertando espaços de fala e escuta para os participantes. Ocorre por meio de diálogos, os quais são promovidos a partir de um tema amplo central, definido anteriormente por quem o conduz e disparado a partir de recursos artísticos como música, poesia, fotografia e literatura, entre outros. Durante os encontros, o mediador pode pontuar aquilo que achar necessário, mediando as questões que surgirem, mas é importante que seja conduzido de modo que os participantes tenham autonomia e espaço de voz para elaborarem suas questões e inquietações em torno do tema proposto.

Para esta pesquisa, o Dedinho de Prosa foi organizado em torno de um tema central, o qual foi trabalhado em três encontros, cada um com um eixo propositivo, sendo estes:

1. **Eixo I – o fio da prosa:** no primeiro encontro é apresentado o tema e os diálogos iniciam a partir de uma manifestação artística que convoque os sujeitos a falarem livremente sobre o que pensam, o que sentem e de que modo aquele assunto perpassa suas próprias vivências. Esse eixo, articulado ao objetivo da pesquisa, permitiu a possibilidade de operar pela via da palavra, construindo coletivamente modos de pensar o cuidado em saúde mental a partir da experiência dos “autores”.
2. **Eixo II – arte e cultura:** no segundo encontro, as discussões seguem o tema, porém nesse momento as palavras são materializadas em oficinas de escrita, de desenho/pintura, colagem ou do modo que for possível para que os sujeitos se posicionem de modo criativo e singular na intenção de impulsionar novos diálogos.
3. **Eixo III – educação em saúde:** eixo que vai trabalhar os possíveis encaminhamentos para aquilo que foi discutido e produzido nos encontros anteriores, atentando para a importância da educação em saúde como modo de compreensão, cuidado e promoção de saúde, de modo integrado às questões sociais, políticas e culturais, garantindo acesso à informação e possibilitando a criação de vínculo entre os participantes do grupo. Para esta pesquisa, optou-se em conjunto com os participantes por elaborar uma carta coletiva com os encaminhamentos que emergiram dos encontros.

Como trabalha Freire (1991), é possível compreender que o diálogo é basilar para a construção de novas práticas, buscando eliminar formas autoritárias de desenvolver práticas de educação em saúde. Desse modo, os diálogos no grupo são conduzidos em torno de um tema geral. Para a presente pesquisa, o tema basilar foi *“Proseando sobre saúde mental: o cuidado que temos e o cuidado que queremos”*, onde foi questionado como aquilo que foi discutido

poderia reverberar no cuidado em saúde mental ofertado pelo serviço, bem como, localizar e enunciar aquilo pelo que os participantes lutam e aquilo que demandam, problematizando as potencialidades e fragilidades do funcionamento da RAPS no município. Sendo assim, a pesquisa atuou com o compromisso social de aprofundar e fazer ver pelo que os sujeitos lutam e como se sentem. Muitas vezes os sujeitos não são ouvidos ou considerados, mas aquilo que lhes é de direito deve ressoar.

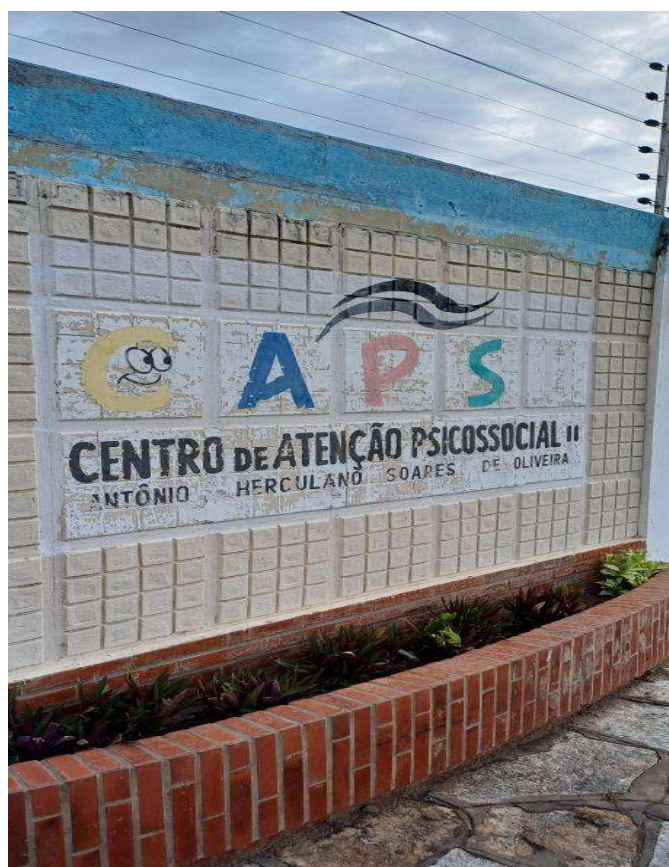
Os sujeitos participantes (os que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE) foram 25 pessoas ao todo, sendo 16 mulheres e 9 homens, dentre os quais 22 são usuários do serviço e 3 são familiares que frequentam o CAPS nas terças-feiras à tarde. Os encontros do grupo-dispositivo *Dedinho de Prosa* foram realizados em três momentos distintos, ao longo de semanas diferentes, respeitando a lógica do tempo do CAPS e o fluxo do serviço. É importante destacar que nem todos os participantes estiveram presentes em todos os encontros: algumas pessoas participaram das três rodas, outras de apenas um dos momentos. Além disso, alguns usuários optaram por não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mas escolheram permanecer nos encontros, compondo o grupo e escutando os discursos que circulavam. Suas falas e identidades foram integralmente resguardadas e, em nenhum momento, foram coagidos a participar da pesquisa, sendo respeitada sua presença como parte do coletivo. Essa decisão está em consonância com a ética da pesquisa-intervenção, que considera a participação como um processo vivo e que não se resume à formalização documental, mas inclui a escuta, o vínculo e as produções singulares em cena de intervenção. Nos encontros, foi levado um tecido onde se lia o nome do grupo e onde os participantes foram convidados a deixar sua marca, com aquilo que é próprio de cada um e demarca suas particularidades, carimbando sua presença. Colaboraram também com a pesquisa a até então (início de 2025) gestora do serviço, o educador físico, a psicóloga, a assistente social, o digitador e a auxiliar de serviços gerais. A pesquisa contou também com o suporte e a parceria de três assistentes de pesquisa que auxiliaram na coleta de dados e na ambiência dos momentos.

Caracterização do plano onde a pesquisa se localiza

O Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano Soares de Oliveira é um serviço de atenção comunitária e territorial que compõe a Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Mossoró/RN desde 2004. Localiza-se na Rua Duodécimo Rosado, 1333, Bairro Nova Betânia,

funciona diariamente de segunda à sexta-feira, das 7h às 11h e das 13h às 17h. Seus atendimentos são direcionados a pessoas adultas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. O serviço conta com gestora, assistente de serviços gerais, digitador e recepcionistas, enquanto a equipe multiprofissional é composta por assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiras, médico psiquiatra, psicólogas, psicopedagoga e terapeuta ocupacional, aos quais se pode adicionar estagiários dos cursos da área da saúde. Todos os trabalhadores participam do projeto terapêutico institucional.

Imagem 1: fachada do CAPS, Mossoró, março/2025



Fonte: acervo pessoal.

O CAPS não dispõe de documentos que contem a história de sua instauração, seu modo de funcionamento ou o mapeamento de suas atividades, porém, em 2023 a equipe do serviço, em parceria com estagiárias de Psicologia e Enfermagem, construiu um levantamento sobre os usuários que estavam sendo atendidos². A área de cobertura territorial do serviço abrange mais de 30 bairros, incluindo zonas rurais, com uma maior concentração de usuários em pontos específicos, tais como: Abolição I, II, III e IV, Aeroporto I e II, Santa Delmira, Barrocas e Santo

² O acesso a esse levantamento foi concedido e disponibilizado pela estagiária de psicologia Maria Laura Santana e pela gestora do serviço.

Antônio. Estima-se que uma média de 500 usuários estejam com prontuários abertos no momento. Destes, constam usuários inseridos desde 2005, dado que nos faz questionar sobre a importância da alta qualificada e sobre a possível institucionalização de usuários. Verifica-se que dois usuários acessaram o CAPS por ordem judicial e que 46 vão ao serviço com direcionamento único às consultas psiquiátricas. O serviço oferece – entre suas atividades e modalidades de atendimento – grupos de atividade física, grupos terapêuticos, oficinas de arte e atendimento psicológico e terapêutico-ocupacional individualizado.

O município de Mossoró conta com quatro Centros de Atenção Psicossocial: Centro de Atenção Psicossocial II “Mariana Neuman”; Centro de Atenção Psicossocial II “Antônio Herculano Soares de Oliveira”; Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em Crack, Álcool e outras Drogas e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Destes, com exceção do primeiro, todos estão concentrados na mesma localidade, bairro Nova Betânia, região nobre da cidade. A consequência dessa localização, é a dificuldade de acesso pelos usuários de diferentes localidades que deles necessitam, principalmente pela escassez de transporte público. A escolha pelo CAPS Antônio Herculano Soares de Oliveira, como cenário principal à pesquisa de campo, se deveu ao seu fomento à pesquisa e às práticas de educação em saúde, mas, principalmente à declarada priorização da Educação Permanente em Saúde, cuidando do desenvolvimento de seu quadro, com a indicação de programas de qualificação, implementando Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, como de “cuidando de quem cuida”, realizando reuniões de matriciamento, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, promovendo reuniões com regularidade mensal para toda a equipe de trabalhadores e assegurando vagas de estágio curricular para estudantes de educação física, farmácia, medicina, psicologia e serviço social.

Aspectos éticos da pesquisa e a entrada em campo

Ao planejar e realizar uma pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial II, é crucial garantir que os cuidados éticos sejam seguidos de acordo com as resoluções nº 4466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Essas resoluções estabelecem normas para a pesquisa envolvendo seres humanos e garantem a proteção dos direitos e bem-estar dos participantes. Diante disso, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP-UERN) para a apreciação e autorização

para o seguimento da pesquisa, sendo aprovado no dia 10 de fevereiro de 2025 pelo parecer número 7.370.029.

A proposta metodológica do estudo consistiu em uma revisão documental das Conferências de Saúde Mental, cujos documentos foram acessados nos canais oficiais de divulgação do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde Pública do Estado (SESAP) e da “análise documental” feita do relatório da Conferência Livre Municipal de Saúde Mental de um CAPS na cidade de Mossoró/RN e do relatório da última Conferência Municipal de Saúde Mental da mesma cidade. Para a revisão documental foram buscados, ainda, os documentos construídos pela gestão municipal para a área de saúde mental e outros que permitiram conhecer os caminhos e possibilidades da Rede de Atenção Psicossocial e sua instauração na cidade. Para o acesso a estes documentos foram contatados os responsáveis da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma vez que não foram encontrados nos portais eletrônicos disponíveis na Internet. Ainda em 2024, após a qualificação da proposta de mestrado, houve a aproximação com o cenário proposto no plano de pesquisa para obter acolhimento e verificar o interesse na participação, tendo sido obtida uma resposta favorável ao estudo.

Um roteiro de observações e de entrevista foi elaborado (Apêndice 2) após as contribuições da banca de qualificação da presente pesquisa-intervenção e quanto à apreciação de mérito da proposta de grupo-dispositivo. A metodologia do Dedinho de Prosa não era estranha aos usuários, uma vez que já utilizada como dispositivo de escuta dos usuários e como modo de gestão e avaliação participativa. Foram incluídos aqueles usuários com autonomia para a tomada de decisão e que assinaram, por si, não se fazendo necessário o assentimento e a assinatura de representantes legais.

**MARCOS TEÓRICOS, CONCEITUAIS E POLÍTICOS DO
TEMA E DA PESQUISA**

Máquina de loucos: há lugar para os sofrimentos psíquicos?

Eu faço figa pra essa vida tão sofrida
Terminar bem sucedida
Luz do sol é minha amiga
Luz da lua me instiga
Me diga você, me diga
O que é que sara a tua ferida
Me diga você me diga
Lucro
Máquina de louco
Você pra mim é lucro
Máquina de louco
(BaianaSytem, 2016)

O termo “loucura” no dicionário Aurélio (Ferreira, 2008, p. 523) tem como definição “estado ou condição de louco; insanidade mental”, onde a palavra “louco” é definida como “1. que perdeu a razão. 2. contrário à razão, insensato”. Partindo desse pressuposto da loucura como algo insano, uma perda ou afastamento de si e de sua razão, dialogamos com Michel Foucault em *História da Loucura* (1978) sobre a visão da loucura no horizonte da moral, onde os loucos tinham uma “existência errante”. Essa existência errante, marcada pela marginalidade e pelo afastamento do convívio social, revela não apenas uma recusa da loucura pela razão, mas a instauração de um dispositivo histórico que a isola, a controla e a redefine segundo os valores morais e produtivos da sociedade. Foucault evidencia que, ao longo da modernidade, a loucura passou a ser compreendida não mais como um enigma da condição humana, mas como aquilo que ia na contramão das exigências do corpo social. Nesse contexto, a loucura é deslocada para o espaço da exclusão, onde o lugar do louco era entre “os pobres, os miseráveis, os vagabundos”, portanto fazer-se-iam necessárias medidas de saneamento para evitar uma perturbação do espaço social (Foucault, 1978, p. 72).

Franco Basaglia (2010, p. 263) também evidencia esse aspecto de sujeito “desarrazado”, o qual tem suas condutas avaliadas por meio de “tratamentos” e “terapias” que recobrem, sob o véu do cuidado, formas de coerção e controle. Assim, ainda que a loucura passe do estatuto de criminalidade, pecado ou delinquência para o estatuto de patologia, com dignidade médica e reconhecimento jurídico, a relação que se mantém com ela é de segregação, mesmo que atenuada, como afirma Basaglia, por uma ideologia médica que a “recobre com um ato de justiça e piedade” como se fosse cuidado. A música “Lucro”, gravada pela banda BaianaSystem (2016), é utilizada aqui ao modo de metáfora para representar a crítica aos

sistemas que produzem “máquinas de louco” como modo de lucrar com a marginalização e patologização da experiência humana e dos diferentes modos de vida. Nesse sentido, os *saberes psis* portadores de uma razão balizadora operam como engrenagem dessa “máquina de louco”: uma tecnologia social que transforma o sofrimento psíquico em matéria de gestão, vigilância e normatização, reafirmando a lógica da razão dominante que, para manter sua ordem, precisa continuar separando e silenciando aquilo que ameaça uma lógica de bom-convívio social.

Franco Basaglia (2010) situa a loucura equiparada à face da fome, onde as barreiras entre elas se confundem, sobretudo, no momento em que há uma não-escuta de suas vozes ou um não direito à palavra, para ele ambas vivem sob ameaça de “morte crua”. O que nos remete à autora Berenice Bento (2018) quando insere o conceito de “Necrobiopoder” para nomear o que opera na intersecção entre a produção de vida e a condução à morte, mobilizando os aportes de Michel Foucault sobre o biopoder, de Achille Mbembe sobre a necropolítica e de Judith Butler, com sua problematização sobre os corpos não reconhecíveis como vidas dignas de luto, cuidado e cidadania. Ao construir sua teorização, Berenice direciona sua escrita para uma questão política fundamental sobre “quem pode habitar o estado-nação”. Com esse conceito, podemos denunciar um não-lugar do louco, onde a partir do modo que o Estado opera em uma lógica do necrobiopoder, coloca-se a loucura não apenas como uma condição clínica e de saúde, mas em uma posição política de inabitabilidade. Os corpos que sofrem psíquica e socialmente são capturados por uma sociedade racional que não os reconhece como sujeitos políticos, mas como riscos, desvios ou dejetos, onde o caminho seria administrá-los por meio de práticas de contenção, invisibilização ou abandono. O sistema psiquiátrico, nesse cenário, atua como fronteira biopolítica, separando quem pode falar, viver e circular daqueles cuja existência será tutelada, silenciada ou morta simbolicamente. A loucura, então, torna-se um modo radical de não-pertencimento, uma marca daquilo que o Estado-nação não suporta integrar, mas também não pode eliminar sem disfarçar o gesto sob o véu da técnica, da pílula ou moral.

Para Bento (2018, p. 5) “os rituais e ritos de eliminação do outro podem mudar”, vimos com Foucault (1978) o deslocamento da loucura e seu caminho no tempo, desde o distanciamento simbólico da loucura com a Nau dos Loucos ao cárcere nos grandes asilos, prosseguindo pela medicalização. O que se observa é que parece haver sempre uma atualização nos modos para efetivar o controle dos corpos, jogando alguns à margem da sociedade. Portanto, a loucura, que antes era expulsa da cidade como figura errante, passa a ser objeto do saber médico, o que não necessariamente representa práticas de cuidado em sua subjetividade.

Trata-se de um deslocamento das formas de segregação, em que se muda a linguagem, os dispositivos e as justificativas, mas não a lógica de neutralização da alteridade, que segue persistindo. Assim, associamos o que Berenice aponta ao fato de que o cuidado a sujeitos em adoecimento psíquico não deixa de ser negado, apenas se remodela, assumindo novos contornos e estratégias compatíveis com os regimes de poder vigentes. Nesse processo, a loucura segue sendo regulada, vigiada e silenciada, nem sempre pelo cárcere visível, mas por práticas de normalização que operam sob o signo do cuidado e das ciências baseadas em evidências.

Como contraponto à essa noção normalizadora, que barra a possibilidade de “singularizar a experiência” do sofrimento psíquico (Dunker, 2004, p. 98), utilizamos do questionamento de Alberti e Fulco (2005): “Por que é tão difícil parar um pouco e se dedicar a tentar escutar a história de um paciente?”

Ao lado da linguística, da etnologia, da antropologia, da história e da lógica-matemática que a psicanálise se inscreve; dentre as psicologias, não somente a psicanálise, mas sem dúvida ela, do modo como queria Freud (1895), a acolher em seu campo a psicopatologia. Nela, o homem é efeito lógico do entrecruzamento dos campos da linguagem e do gozo, e a clínica permite estabelecer este homem, “... portador de um excesso, de uma dor, de um sofrimento psíquico a respeito do qual fala sem parar, ainda que não o diga constantemente” como capaz de elaborar, na transferência, o que desse entrecruzamento o adoecce (Alberti e Fulco, 2005, p. 725 apud Berlinck, 1999, p. 27)

As autoras apontam que esse modelo psiquiátrico, que se embasa prioritariamente na norma e no comportamento observável, opera com uma concepção organicista e causal, cuja raiz remonta ao dualismo cartesiano e nos relembra o nascimento da clínica moderna (Foucault, 1980), a partir da qual o sujeito passou a ser capturado como objeto de saber e intervenção, em que o campo da palavra é obscurecido para que o da mensuração seja elucidado. Nesse sentido, o trabalho psicanaliticamente orientado pode surgir como uma brecha para que os sujeitos e seus sintomas, sejam falados e escutados. Alberti e Fulco (2005, p. 732) advertem ainda que ao tentar trabalhar com a Psicanálise no âmbito das clínicas públicas e inserida em uma equipe multiprofissional pode surgir a recusa por parte de alguns trabalhadores por suporem que irão encontrar um melhor caminho enlaçando o seu trabalho no “cientificismo, no diagnóstico rápido e no poder dos medicamentos”. Essa dificuldade pode advir de um cenário em que o saber técnico se sobrepõe à dimensão relacional e simbólica do cuidado em saúde mental, transformando o sujeito em objeto de avaliação e controle, o que por vezes se reflete também no modo com que cada profissional foi formado, a partir, por exemplo, de um modelo biologicista de ensino.

Lobosque (2009), ao analisar a implantação da Reforma Psiquiátrica, adverte sobre os riscos de uma “psiquiatrização da Reforma”, quando a lógica manicomial se reatualiza sob outras formas: medicalização precoce, contenção e passividade institucional. A psicanálise, nesse contexto, não se apresenta como uma técnica a mais, mas como um operador ético que insiste em fazer aparecer o que escapa aos enquadres diagnósticos: o sujeito e suas palavras. Como é possível ler em Dunker (2004), o sofrimento psíquico não é passível de descrição neutra, pois sua nomeação interfere em sua própria estrutura. Assim, ao invés de propor um nome que o estabilize, o trabalho implicado visa construir, junto ao sujeito, modos de enunciação de sua dor, desatando os nós entre o saber, o diagnóstico e a sua história. É nesse ponto que a clínica do CAPS e a política pública de saúde mental se tornam atravessadas por uma escolha ética fundamental: sustentar ou não a aposta na palavra do sujeito. Uma clínica comprometida com a Reforma não pode apenas gerenciar sintomas ou excluir pela via medicamentosa aquilo que não se encaixa. Precisa, sobretudo, afirmar o cuidado como construção coletiva, relacional e singular, o que implica deslocar o saber da norma para a escuta da diferença.

Para tanto, é possível pensar que diante desse cenário de silenciamento e de uma política que engendra uma “morte ao louco”, é necessário demarcar a função de movimentos sociais, também políticos, que visam construir saídas vívidas para tais questões. A Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento antimanicomial emergem como expressões concretas dessas resistências, reposicionando o sofrimento psíquico no campo da escuta, do cuidado e da cidadania. Como elucida Ana Marta Lobosque (2020, p.2 80) “vi, vimos, e sobretudo construímos, coisas muito bonitas e fecundas”, sinalizando as possibilidades que vêm sendo tecidas por trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares que reivindicam, conjuntamente, novos modos de existir e conviver com o sofrimento psíquico. Como Foucault (1978) pontua, a loucura demarca também a construção de um discurso. O movimento da luta Antimanicomial não apenas denuncia violências e des-cuidados, mas também, propõe uma reconfiguração profunda das relações sociais, afetivas e institucionais que sustentam a lógica manicomial.

Nesse caminho, a arte pode aparecer como o modo de encontrar um lugar diante do sofrimento psíquico, fazendo frente ao discurso manicomial, como um território de invenção e reexistência. Por meio dela, o sujeito que sofre psíquica e socialmente pode expressar aquilo que não encontra lugar no fazer/saber psiquiátrico ou nos protocolos clínicos. A criação artística

rompe o silêncio imposto, desfaz o estigma e reinscreve o sujeito no campo da singularidade, um acontecimento, assim como elucidam Maria Cristina Carvalho da Silva e Ricardo Burg Ceccim (2015, p. 14), isto é, a dimensão do acontecimento como “um corte, uma ruptura, com aquilo que, de certo modo, paralisa e enclausura o sujeito em uma dada posição”. Como pontua Elida Tessler (2012, p. 209), “uma escrita visível, um texto invisível, uma passagem do silêncio ao murmúrio do artista”. Assim, práticas artísticas em contextos de cuidado, como oficinas, performances, escrita, música, não são apenas terapêuticas, são políticas, é um modo de tecer uma vida, um corpo, uma identidade ou uma nomeação para o seu sofrimento. A arte se coloca para o sujeito como a potência de narrar a si mesmo para além dos termos do diagnóstico, mas também sobre eles.

Percursos da Reforma Psiquiátrica

É sempre tempo de dizer não ao manicômio. Poder construir alternativas concretas, um projeto de saúde mental que, para além dos técnicos, se possa ancorar no tecer uma cultura da cidadania, ancorada nos corações de cada um, no intenso movimento de desejo e necessidade, necessidade e liberdade. Parece sempre tempo de dizer “Por uma sociedade sem manicômios” não como ponto de chegada, mas de partida. (Fernanda Nicácio, 2019, p. 14)

A Reforma Psiquiátrica, como bem pontua Paulo Amarante (2007, p. 32), é um “processo que é social; e um processo social que é complexo”, portanto, para se discutir o contexto brasileiro de reforma é preciso traçar um breve percurso daquilo que influenciou o Brasil e como foi possível caminhar até os tempos atuais. François Tosquelles, psiquiatra catalão, foi um grande influenciador para o processo de reforma psiquiátrica brasileira, sendo uma referência no campo da psiquiatria com sua inovação e invenção de novos fazeres em saúde mental. O psicanalista Anderson Santos (2024) escreveu um livro para apresentar Tosquelles aos leitores brasileiros, onde sistematizou sua vida e os feitos que o psiquiatra deixou como marcas a partir de seu desejo ético e político por mudança. Já na década de 1930 Tosquelles defendia que os Hospitais Psiquiátricos deveriam funcionar com suas portas abertas, estreitando os laços com o território e funcionando como um lugar de passagem. Com base nesse pensamento, ele montou de modo improvisado um serviço de psiquiatria, em um campo durante a Segunda Guerra Mundial, o qual deveria funcionar como “um lugar de passagem, no qual as pessoas poderiam entrar por uma porta e sair por outra” (p. 21). Poderia ser esse um “ensaio” para aquilo que viria a se tornar um CAPS ou o gérmen da ideia que compõe esse desenho?

Tosquelles considerava a arte e a escrita como caminhos possíveis e fundantes para a construção do trabalho nas instituições, bem como, entendia que a palavra e a escuta eram um meio de construir pontes para os sujeitos levados para a margem da sociedade (Santos, 2024). Esse modo de pensar do psiquiatra pode nos convocar a ver os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental como essas possibilidades de pontes, de linhas construídas com palavras que podem auxiliar os sujeitos em seus percursos de ligação com a vida, com os outros e com os serviços. Para Tosquelles não havia como se construir um trabalho em saúde que se desassociasse da participação da comunidade, território onde poderia ser produzida uma mudança coletiva a partir das diferenças de cada um que participasse dos processos de cuidado. Ele colocava o usuário das ações e serviços de saúde mental em uma posição de “compositor de seus próprios destinos”, pois só haveria revolução de práticas com a participação destes (Santos, 2024). Nessa composição, as práticas de saúde nos equipamentos de cuidado ocorreriam de modo efetivo e carregariam possibilidade de reinvenção desde que havendo a participação da população, que faz do território um espaço vivo e de mudança.

Os movimentos de desinstitucionalização que ocorreram na Itália, cunhados principalmente por Franco Basaglia e, posteriormente, por Franco Rotelli também influenciaram e seguiram influenciando a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Já em 1964, Basaglia refutou a ideia de humanização dos manicômios, pois estes não “havia surgido para cuidar, acolher e tratar, mas para excluir e mortificar”. Sendo assim, esse movimento não se pautava apenas por mudar o local onde os doentes eram tratados, mas de reinventar as relações da sociedade com a loucura. Então, em um caminho semelhante ao de Tosquelles, Basaglia passou a trabalhar pelo desmonte da psiquiatria clássica e dos modos de des-cuidado dos hospitais psiquiátricos, propondo sua substituição por serviços territoriais (Amarante, 2023, p. 32; Amarante, 1996). Franco Basaglia (2005, p.35) e Franca Ongaro Basaglia, companheiros de escrita, de vida e de trabalho, pontuam sobre fazer uma torção e colocar a “doença entre parênteses” para que o sujeito surja apesar de seus diagnósticos e tratamentos, ou seja, atentar-se ao que se produz de sentidos em torno da doença, pois “para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção” (Yasui, 2010, p.120). Como situam Rotelli, Leonardis e Mauri (2019, p. 30):

O objeto ao invés de ser a *doença* torna-se a *existência-sofrimento* dos pacientes e a sua relação com o corpo social, então a desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição.

A desinstitucionalização dar-se-ia como um trabalho de não apenas montar políticas, mas produzir novas estruturas de fazer cuidado em saúde mental, em que o enfoque não seja mais voltado apenas para a cura, mas para um “projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2019, p. 30). Basaglia enfatiza esse momento como uma fase de transição, onde ainda não sabemos os próximos passos que serão caminhados, pois esta não trata de um percurso estatístico, e sim prático-teórica, para tanto, é preciso que ocorram movimentos internos dos trabalhadores da saúde mental para que sejam possíveis novas construções externas. A desinstitucionalização acolheria, então, os sentidos produzidos pelas equipes, pelos usuários e pela comunidade para a construção de saídas substitutivas ao fazer manicomial (Amarante, 1996).

Em um contexto brasileiro, tivemos o manicômio Juliano Moreira, que se manteve em funcionamento por 80 anos, marcando a vida dos sujeitos que por lá passaram com muitas violências, descasos e nenhuma política digna de cuidado. Em 1982, constatava-se que o tempo médio de internamento era de 26 anos, o que nos coloca a entender o termo “colônia” com o qual era designado e que tinha como intuito fazer uma higiene social, tirando os loucos do convívio comunitário, colocando-os em uma “cidade manicômio”. Nesse momento da história os ditos loucos eram todos aqueles que estavam às margens da sociedade, como os sujeitos em sofrimento psíquico, pessoas negras, profissionais do sexo, epiléticos, população LGBTQIAPN+ ou quaisquer sujeitos que não se enquadrassem ao padrão normativo da época (Amarante, 2023).

Em 1978, alguns médicos começaram a mobilização por “medidas de saneamento daquela situação” (Amarante, 2023, p. 16), contatando com o Ministério da Saúde para propor reformas. Diante de tamanhas influências, em abril de 1978 se inaugurou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), sendo um grande marco para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em outubro desse mesmo ano, Basaglia chegou ao Brasil com grandes contribuições e a luta do MTSM passou a ser não mais para humanizar aqueles espaços manicomiais, mas para construir uma rede de serviços substitutivos aos manicômios. Desse modo, após muitas mobilizações, foi organizada a I Conferência Nacional de Saúde (1987), cuja pauta se identificava com a Reforma Sanitária e a luta por um Sistema Único de Saúde, aprovado pela Constituição Federal de 1988. Surge, em 1987, o Movimento de Luta Antimanicomial. Diante da luta, aqueles “antes considerados apenas pacientes, internos, loucos e irracionais, os usuários, [se tornam] uma força política ativa não apenas na reforma

psiquiátrica, mas na reforma sanitária como um todo” (Amarante, 2023, p. 18).

Sendo esse um movimento complexo que necessita da participação de atores sociais dos mais diversos campos, e tem como objetivo fazer uma torção sobre os modos de tratamento social e de saúde ofertados aos sujeitos em sofrimento psíquico, este não se trata somente da modernização das modalidades de tratamento. Nesse momento, não se tratava apenas de questões biológicas ou centradas no saber médico, mas de deslocar conhecimentos e atitudes para outras dimensões (Amarante; Rangel, 2009). É nesse cenário que podemos visualizar a Reforma Psiquiátrica como um fazer interdisciplinar, que precisa da implicação e integração de diversas áreas de saber, além de precisar se construir um modo teórico, prático, político e ético.

Com isso, Paulo Amarante define que a Reforma Psiquiátrica possui *quatro importantes dimensões*. A ***dimensão técnico-assistencial*** demarca a necessidade de mudança nas práticas de cuidado que devem se fazer em um constante diálogo entre teoria e prática, para que sejam possíveis novas produções de sentido de vida e de saúde, a partir de uma rede que se articula socialmente, englobando como questões de saúde, para além de aspectos biológicos, aspectos de moradia, geração de renda e respeito às singularidades dos sujeitos individuais e coletivos. A ***dimensão epistemológica*** pontua as mudanças nas concepções que fundamentam a psiquiatria e o saber médico, construindo caminhos para as inovações na produção de saberes relativos à saúde mental de modo interdisciplinar. A ***dimensão jurídico-política*** vem para desmontar as concepções em torno dos estigmas que circundam os sujeitos em sofrimento psíquico, agora não mais fortalecendo o saber psiquiátrico, mas abrindo caminhos e ofertando espaço de voz e escuta aos sujeitos que são taxados loucos e têm negados direitos sociais básicos. Essa dimensão Sílvio Yasui (2010, p. 106) reformulou como “*dimensão política*”, por entender que se trata de “uma luta política pela transformação social”. Por fim, a ***dimensão sociocultural***, que mobiliza a sociedade para que reconstrua as noções e paradigmas em torno da loucura, ou seja, produzir mudanças no imaginário social, ampliando essa discussão para além do campo médico-biológico (Amarante, 2003).

A produção de mudanças pode se fazer também como efeito na instauração de novos equipamentos de cuidado e novas políticas de saúde mental que, diante desse contexto multidimensional, proponham iniciativas que o considerem para a implementação de políticas nas três esferas de governo. Como comenta Yasui (2010, p. 72), “é tempo de voltar a fazer política, de sermos atores protagonistas na construção de um novo tempo. Não podemos esquecer que, se fizemos história, foi para construir outro rumo. [Temos de] voltar a fazer dos

nossos atos o milagre de produzir o novo”. Silvio Yasui, que elucidou o trabalho de tessitura da Reforma Psiquiátrica como uma política de saúde mental e dispositivo de transformação social, afirma que se produziram tensões e efeitos na “relação entre Estado e sociedade”. O autor destaca que esse processo:

[...] Também ativ[ou] e mud[ou] os atores sociais, cri[ou] contradições, invente[ou] instituições de cuidado, transform[ou] as políticas municipais [e] provoc[ou] as universidades. Enfim, implic[ou] a todos, em uma utopia ativa de transformação social que se faz e refaz cotidianamente. Trata-se, dessa forma, de uma luta política para uma transformação social (Yassui, 2010, p. 25).

Ana Marta Lobosque (2007) situa que é nos municípios que a reforma acontece de fato, pois, para além da movimentação dos gestores locais, se deve considerar o que há de singular em cada cidade (sua história) para a construção de seus projetos políticos em saúde mental, como, por exemplo: onde deve se situar cada CAPS, quais outros equipamentos podem ser criados, como articulá-los em rede e intersetorialmente. Questões que as Conferências Nacionais de Saúde Mental que se seguiram também enfatizaram, propondo que a construção das equipes se pautasse pelos territórios em que estiverem inseridas, respeitando o que é viável para cada município e considerando a experiência dos usuários e familiares (Brasil, 2002).

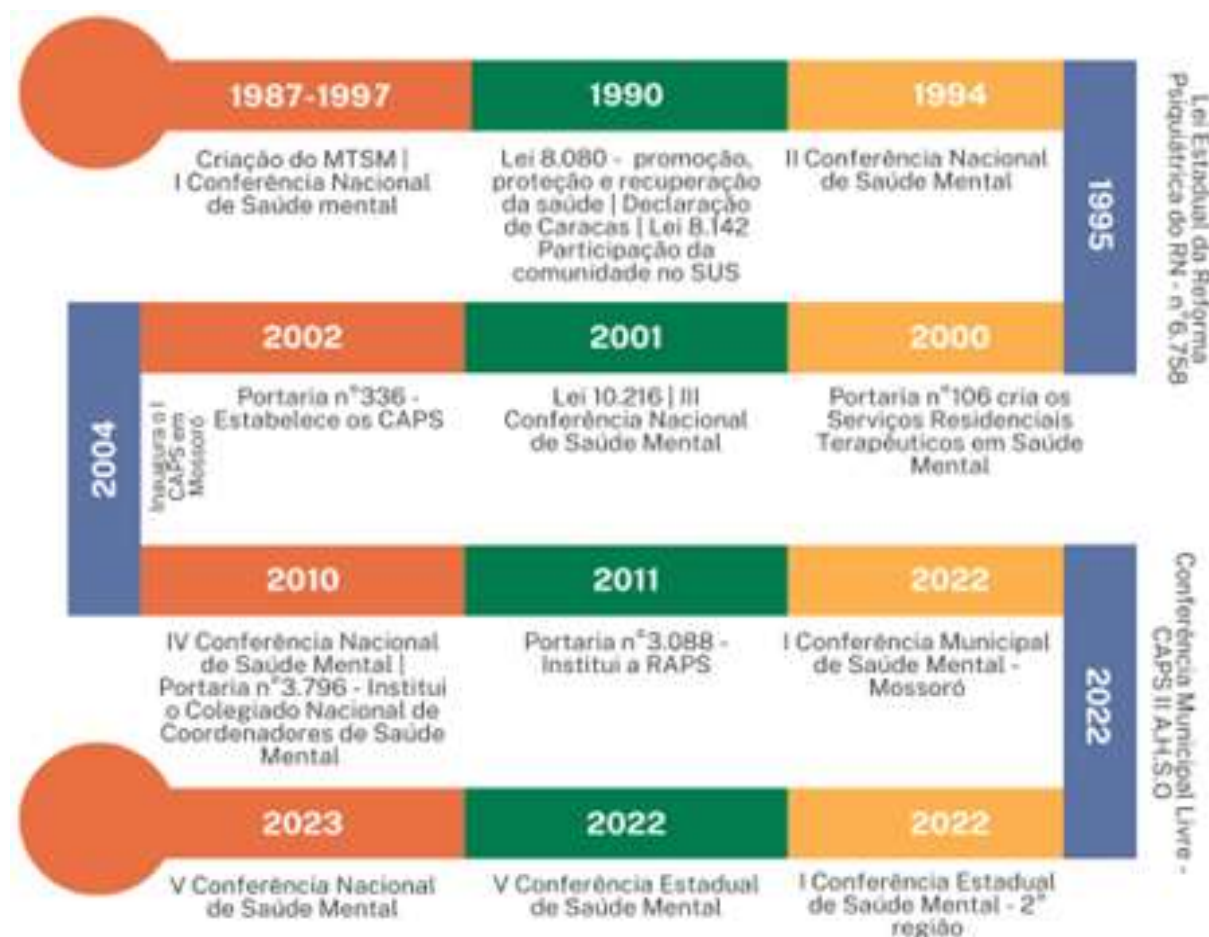
Marcos Políticos da Saúde Mental no Brasil

A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi um grande marco para o redirecionamento de políticas sociais no campo do cuidado em saúde mental e, desde então, se tenta a reorganização das instituições hospitalares e a criação de uma rede extra-hospitalar que substitua e subverta as práticas manicomiais. Outro importante marco inicial foi a aprovação do Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, que versava sobre a extinção dos manicômios e o remanejamento de recursos para serviços assistenciais de base territorial. Essas questões se concretizaram com sua transformação na Lei Federal nº 10.216, sancionada em 2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, dispondo as responsabilidades do Estado, demarcando os direitos dos usuários e assinalando como modo de tratamento a reabilitação psicossocial (Delgado; Gomes; Coutinho, 2001, Brasil, 2001).

Um panorama das políticas públicas de saúde mental elucidada os dispositivos que fundamentam o modelo brasileiro de Reforma Psiquiátrica e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, enfatizando a importância de fortalecer a participação popular para a

efetivação das políticas de saúde mental. Para ilustrar o percurso, foi formulada, como apoio a esta pesquisa, uma linha de tempo (Imagem 2) que percorre algumas políticas e momentos de grande impacto no processo local de reforma psiquiátrica.

Imagem 2: Linha do tempo das políticas públicas.



Fonte: Autoria própria, 2024.

Com a Lei 10.216/2001, se organiza uma Política Nacional de Saúde Mental que instaura a Reabilitação Psicossocial àqueles cidadãos internados/asilados, procedendo-se a desmanicomialização mediante a volta para casa ou a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos. Para os demais casos, organiza-se a Atenção Psicossocial, dependente de uma rede de suporte, assistência e proteção da saúde mental. Esse foi um outro marco, momento em que a rede de serviços substitutivos “criou corpo”, tomou forma, com a instauração, nos anos 2000 da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na RAPS, os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos problemáticos do uso de álcool, crack e outras drogas, indicam um processo de produção, não só de serviços, mas da própria saúde mental. Essa Rede é composta por dispositivos, como os CAPS, mas também pela atenção básica, formada por Unidade Básica de Saúde (UBS), equipes de atenção básica

para populações específicas, equipes de Consultório na Rua e equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; por Centros de Convivência; pela atenção de urgência e emergência, formada pelo SAMU 192, salas de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; por atenção residencial de caráter transitório, formada por Unidade de Recolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial; por atenção hospitalar, formada por enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço hospitalar de referência para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; por estratégias de desinstitucionalização, formada por Serviços Residenciais Terapêuticos e reabilitação psicossocial. Essa rede permite a livre circulação dos usuários pela vida, trabalho e território, assim como garante equipamentos de cuidado distribuídos pela cidade, o que não ocorria com os Hospitais Psiquiátricos (manicômios), que segregavam e excluía (Brasil, 2011).

Com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, inseriu-se um outro termo e importante modo de articulação, a Intersetorialidade, propondo-se que fossem incorporados novos segmentos de políticas públicas para a ampliação do cuidado em saúde mental, pois se tornou necessário pensar acolhimento e proteção de modo atrelado a outros setores, na intenção de produzir um cuidado que abrangesse a singularidade de cada usuário, evidenciando-se a urgência de articulação com outras políticas, como a de Educação e de Assistência Social, promovendo-se novas pactuações e conjunturas de cuidado (Brasil, 2010, Brasil, 2015).

Diante desse caminhar, é inegável que a Reforma vem surtindo grandes efeitos na mudança de paradigmas éticos, discursivos e práticos no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, porém, há de se pensar também outras faces desse caminho. Para falar sobre o impacto de seguir construindo novas políticas em saúde mental, talvez seja necessário escrever sobre o impacto da falta dessas políticas nos sistemas de saúde. Não podemos esquecer dos momentos de higiene social marcados na história e no corpo de muitos, como retrata Michel Foucault (1978) na história da loucura. A “Nau dos Insensatos” servia ao abandono dos “lunáticos” à própria sorte, deixados no mar em embarcações à deriva ou largados de porto em porto numa tentativa de eliminar da convivência aqueles designados sem a posse da razão ou do juízo perfeito. A nau, como signo, submetia aqueles nela embarcados diversos estigmas e violências, instaurando a cultura de silenciamento, cárcere e privação de liberdade como modo de tratamento em saúde mental. No Brasil, a Colônia Juliano Moreira de Barbacena/MG, que funcionou entre 1903 e 1990, foi um lugar exemplar da abordagem oferecida aos loucos e

àqueles a eles somados, que ficavam à mercê de incontáveis e cotidianas violências, a que Daniela Arbex designou como Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013).

No Rio Grande do Norte (RN), é possível observar uma trajetória marcada por tensões entre práticas manicomiais persistentes e as tentativas de construção de um cuidado em liberdade, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Anuska Irene de Alencar (1997, p. 1) escreve um informe sobre o I Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial, realizado em 1997, trazendo que novos equipamentos se tornam referência para o novo modelo de assistência em saúde mental, cita os Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Informa que na cidade de Parnamirim existia “um CAPS privado, mas com o funcionamento semelhante aos NAPS de Natal e [que], nas demais cidades do estado, os ideais antimanicomiais ainda [eram] pouco difundidos, logo, incipientes”. Elucida que o I Encontro possibilitou o diálogo e a “quebra de paradigmas” com relação aos fazeres manicomiais, pois foi possível trabalhar com profissionais e mobilizar a comunidade a partir do Grupo de Teatro “Alegria, Alegria”, o qual mobilizava diálogos sociais e políticos em torno da loucura. O modelo de assistência psiquiátrica no RN era centrado em práticas asilares e excludentes, tendo como principal marco institucional o Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado. João Machado lutava por uma Psiquiatria Social e, em 1936, como servidor estadual, sugeriu uma reforma nos atendimentos psiquiátricos do RN com a “criação da oficina de artes dentro do Hospital de Alienados, atendimento médico ambulatorial e social, além de ações que visavam os cuidados extra-hospitalares e a não hospitalização” (Silva, Simpson e Dantas, 2014, p. 105). Contudo, a gestão estadual, contrária às opiniões do médico, exonerou-o do cargo. O hospício, localizado na cidade Natal (capital do Estado), sempre carregou a lógica de segregação sustentada por dispositivos disciplinares e saberes psiquiátricos normativos.

Conforme Silva, Simpson e Dantas (2014), em 1992, “o movimento em prol da luta antimanicomial ganha força após a Iª Conferência Municipal de Saúde Mental de Natal, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte” (p. 106). No cenário brasileiro de reforma psiquiátrica, o RN

[...] se antecipou à lei 10.216/2001, por meio da lei estadual 6.758, de 4 de janeiro de 1995, que proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no estado, ressalvadas as obras que tinham como finalidade proporcionar melhorias, modernização e adequações das estruturas e instalações, permitidas somente pela Secretaria de Saúde Municipal (Silva, Simpson e Dantas, 2014, p. 106).

A implantação de NAPS e CAPS em Natal iniciou em 1995 e, em 1997, inaugurado um Hospital-Dia, fechado no ano de 2006, “sem aparente explicação política ou econômica para o encerramento de suas atividades, repercutindo drasticamente na vida dos usuários, familiares e profissionais da psiquiatria potiguar” (Silva, Simpson e Dantas, 2014, p. 106). O Hospital-Dia deu lugar a uma Unidade de Desintoxicação. Apesar disso, o Rio Grande do Norte não efetivou de fato uma reforma psiquiátrica, pois faltavam “recursos humanos capacitados e comprometidos com as mudanças assistenciais”, mas seus aspectos seguiram “sendo engendrados, principalmente por usuários e trabalhadores” (Silva, Simpson e Dantas, 2014, p. 107). Paiva e Yamamoto (2007), ao escreverem em defesa da reforma psiquiátrica, elucidam um importante aspecto na história do Rio Grande do Norte: a indispensável participação dos usuários e familiares nesse processo. Os autores demarcam:

[...] Os movimentos sociais só se consolidam e adquirem importância política se são movimentos de base, se conseguem construir sua sustentação nas bases. Não foi o que ocorreu no processo de reforma psiquiátrica no Rio Grande do Norte. O Movimento de Luta Antimanicomial (MLAM) congregou apenas técnicos, e o afastamento destes, nos serviços, ocasionou uma retração da causa. O papel dos usuários e familiares no movimento da reforma psiquiátrica é historicamente importante, por isso em momento algum o MLAM poderia ser apenas um movimento de técnicos. Seu interesse central precisa ser partilhado com usuários e familiares. Afinal, que conquista de cidadania se espera se estes não forem os verdadeiros protagonistas, na história da revolução da assistência em saúde mental? (Paiva e Yamamoto, 2007, p. 567)

Nesse aspecto, os autores ainda evidenciam dois pontos de tensão que contribuem com uma “estagnação” da reforma psiquiátrica no estado, sendo estes 1 – Conflitos internos nos serviços e entre os profissionais, e divergências prático-teóricas; e 2 – Resquícios de “interesses político-financeiros e de uma cultura manicomial instalada nas mentes tanto de profissionais quanto de leigos que estavam fora das discussões da reforma”. Assim, o contexto potiguar revela que a superação do manicômio exige mais do que a substituição de equipamentos, exige a invenção de novos modos de cuidar, de gerir e de habitar o território, construindo práticas que articulem escuta, vínculo, rede e liberdade, considerando as singularidades emergentes nas comunidades e com os projetos de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Portanto, “é preciso não se deixar vencer por comodismo, apatia e ceticismo. Afinal, a reforma psiquiátrica é um processo de constante reflexão e construção de saberes sobre a loucura e seu lugar social” (Paiva e Yamamoto, 2007, p. 568).

Apesar de grandes avanços e transformações, inclusive nas formulações do estado e nas propostas de gestão da saúde, as forças e motivações políticas podem modificar-se. Como foi o caso dos desmontes na história recente do Brasil, principalmente desde o golpe parlamentar que

derrubou a presidenta Dilma Rouseff em 2016, acentuado no governo do presidente Jair Bolsonaro, quando até a área de coordenação da política nacional de saúde mental foi desconstituída. O momento foi marcado por modificações em algumas portarias, como a da RAPS, substituída pela Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial) a qual voltou a investir, inclusive financeiramente, nos Hospitais Psiquiátricos como relevante espaço de “tratamento”, deslocando os equipamentos que deveriam ser substitutivos para serviço complementares ao Hospital Psiquiátrico, recolocando-se o desafio à luta por políticas públicas que promovam vida e saúde (Yasui, 2019, Yasui, 2010).

Sandra Fagundes (2009, p. 71) coloca os serviços substitutivos como um “suporte para a invenção de modos de atender que incluam a construção da cidadania acolhida às pessoas em sofrimento psíquico, a diversificação de modalidades terapêuticas e a provocação de novos entrelaçamentos sociais”. Por esses motivos, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial caminham juntas em um compromisso político de repensar os fazeres/saberes psiquiátricos patologizantes que corroboram com as práticas manicomiais, optando-se por produzir novos saberes e instituições que inaugurem um “novo lugar para a loucura”, sendo este o do cuidado, potencializando a autonomia, a subjetividade e a cidadania (Yasui, 2010, Brasil, 2002).

Tenho nome e sobrenome, sou um sujeito: o lugar do cuidado em saúde mental

Aspiramos a uma identidade, a fazer um nome, construir um lugar.
(Soler, 2018, p. 29)

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de caráter aberto e comunitário e pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial. As atividades desenvolvidas nesses espaços devem priorizar os espaços coletivos de produção de saúde, como Grupos e Oficinas, mas ofertam também atendimentos individuais por parte da equipe multiprofissional. Os CAPS se articulam ainda com outros pontos da Rede, como com as Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2015). Caracterizam-se então como:

[...] Serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, [...] de livre acesso e local de trocas sociais. (...) Serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social (Brasil, 2015, p. 23).

Colocar os CAPS como “espaço social de produção de vida” é propor uma lógica de emancipação para os seus usuários, lógica que deve ser fomentada desde sua chegada aos equipamentos. Isso ressalta a função dos CAPS como articuladores do cuidado em liberdade, pois são serviços de “portas-abertas”, onde literalmente os sujeitos podem entrar e sair no momento que sentirem conforto, desconforto ou necessidade. Isso aplica-se também às famílias, que podem fazer-se presentes não só como suporte, mas no lugar de quem também recebe cuidado. As portas abertas do CAPS “dão acesso a um espaço cujo contorno não se faz por muros ou grades” (Lobosque, 2007, p. 56). Para que isso seja possível, é necessário atuar com tecnologias do cuidado fundamentais, como: ***acolhimento***, que consiste na escuta, no atendimento (inclusive em situação de crise), momento que possibilita a construção de vínculos e “laços sociais”, onde os profissionais não devem “recuar diante da gravidade de um quadro ou da intensidade de um transtorno” (Lobosque, 2007, p. 56); ***Projeto Terapêutico Singular***, que é um conjunto de propostas, instrumento pelo qual as ações de cuidado podem ser desenvolvidas, articulando-as de modo a favorecer o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico; ***Apoio Matricial***, que busca a articulação entre equipe de referência e equipe de apoio especializado para a discussão de propostas de ação para um indivíduo ou um coletivo (Lobosque, 2007, Brasil, 2015, Conselho Federal de Psicologia, 2022). Projetos Terapêuticos Singulares devem ser construídos em conjunto com os usuários e suas famílias, considerando suas histórias singulares e sua comunidade, sendo resultado da discussão coletiva da equipe.

TERRITÓRIO DE PALAVRA E ESCUTA

Cuidar: a quem será que se destina?

O cuidado como uma tecnologia é um dos eixos norteadores dessa pesquisa. Emerson Merhy (1997) traz a noção de tecnologia como um conjunto de conhecimentos ordenados e utilizados por profissionais em seu trabalho, atravessados pela análise de suas experiências profissionais e humanas, visando construir modos de cuidar e intervir nos processos de saúde e doença. Essas tecnologias que rodeiam o trabalho em saúde podem ser categorizadas, segundo o autor, como: **leves**, quando dizem da comunicação, do estabelecimento de vínculos, do acolhimento e da construção de relações; **leve-duras**, quando se referem a trabalhos mais estruturados nos serviços de saúde, como aqueles protocolizados, disciplinarizados em diretrizes ou normatizados em passos e etapas; e **duras**, quando relacionadas a aplicação de técnicas, uso de equipamentos, submissão a procedimentos invasivos e processos cirúrgicos ou terapias mecânicas (Merhy, 2002).

As tecnologias leves enfatizam seu potencial na comunicação, nas relações interpessoais e nas artes, sendo essenciais na produção de cuidado e bastante reivindicadas na Política Nacional de Humanização (PNH) e nas estratégias de atenção integral. O acolhimento, por exemplo, é um dispositivo das tecnologias do cuidado, primordial na promoção da saúde, pois implica responsabilização das equipes em receberem os usuários dos serviços, produzindo uma melhor relação de interação e troca (Paim *et al.*, 2021, Brasil, 2010). Por essas questões, as tecnologias leves devem ser priorizadas no cotidiano dos serviços de saúde, apoiando-se na escuta ativa com usuários, estagiários e profissionais. O trabalho em saúde mental é trabalho vivo, em ato, por isso, para além de sustentar saberes tecnológicos estruturados, é imprescindível que sustente experiências que emergem do encontro ou daquilo que há de singular em cada sujeito-participante das relações de cuidado (Merhy, 1997, Jorge *et al.*, 2011)

O acesso, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e o desenvolvimento da autonomia do usuário são dispositivos das tecnologias leves de cuidado, o que possibilita a relação terapêutica e uma forma efetiva de produção da atenção em saúde mental (Ayres, 2004, Jorge *et al.*, 2011). O princípio da integralidade está presente na conversa, no encontro e no fazer que busca de forma sensível reconhecer os cuidados demandados. A conversação constitui um modo de tecnologia e a construção de uma prática dialógica em saúde (Jorge *et al.*, 2011). Uma conversa-ação que opera pela palavra e pela escuta de enunciações, o que faz surgir atos e efeitos terapêuticos singulares e atuantes no percurso de tratamento daqueles sob cuidado.

Conferências Nacionais de Saúde Mental: por onde (en)caminham?

Conferências de Saúde, de acordo com a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, também conhecida como lei da participação popular, devem ser realizadas a cada quatro anos. As Conferências têm papel deliberativo sobre diretrizes à formulação da política nacional de saúde. Para compor a representatividade das Conferências Nacionais, cada estado deve realizar a sua conferência, da qual serão indicados diretrizes e propostas para a deliberação nacional. Cada Conferência Estadual deve ser precedida por Conferências Municipais realizadas em todos os municípios da respectiva unidade da federação. Cada Conferência Municipal delibera por diretrizes e propostas que são levadas à deliberação estadual na respectiva Conferência. São realizadas, portanto, de forma ascendente conferências municipais, estaduais e nacional. Como modo de sistematizar diretrizes e propostas, os municípios podem organizar conferências por distritos sanitários das cidades e os estados podem organizar conferências por regionais ou macrorregiões de saúde.

Além dessas conferências, podem ser realizadas conferências autogestionadas que servem à qualificação de participantes que ocuparão representação delegada, ou seja, conferências que não têm papel deliberativo sobre diretrizes, mas contribuem ao amadurecimento de ideias com aqueles que participarão das conferências que possuem papel deliberativo sobre diretrizes. Contudo, desde 2015, existem também as Conferências Livres, que se organizam de modo autogestionado e, cumprindo o papel normatizado pelo regimento das Conferências Municipais, Estaduais e Nacional podem deliberar sobre diretrizes e propostas na esfera federativa a que se vinculam e mesmo indicar delegados proporcionais ao número de participantes oficialmente identificados. Cada Conferência pode deliberar sobre diretrizes à confecção de políticas relativas ao seu âmbito de gestão do sistema de saúde, mas esses mesmos âmbitos estarão condicionados a cotejar seus encaminhamentos com aqueles das instâncias deliberativas ascendentes, que recolhem contribuições do conjunto da população, de modo a sustentar um processo democrático participativos em estado composto por três entes federativos.

Um detalhe importante é que, se as conferências de saúde são obrigatórias para fins da Política Nacional de Saúde, que afeta todo o território nacional e condiciona municípios e estados na habilitação para receber recursos financeiros da redistribuição entre os entes

federados, o mesmo não acontece com as conferências temáticas, deixando aquela instância que não realizou sua conferência temática fora da prerrogativa de construir a política nacional da respectiva área. É o caso das conferências de saúde mental. Para os fins da presente pesquisa, vamos trabalhar especificamente com a área da saúde mental e com o movimento contrário da organização ascendente, isto é, a intenção é aquela do conhecimento aprofundado sobre o âmbito local.

As Conferências de Saúde Mental são ferramentas de grande relevância no cenário brasileiro de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Em 37 anos (1987-2024) ocorreram cinco Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), configurando-se como uma estratégia brasileira de avanço no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico intenso, em que se possibilita a participação ativa de usuários, familiares, trabalhadores e gestores na construção das políticas públicas em saúde mental.

I Conferência Nacional de Saúde Mental

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu de 25 a 28 de junho de 1987 no Rio de Janeiro, sendo construída a partir de três temas de base: I. Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II. Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e III. Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Essa conferência ocorreu como um ato desdobrado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em um contexto de luta pela Reforma Sanitária e pela ampliação do conceito de saúde, considerados seus determinantes e condicionantes:

[...] É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde (Brasil, 1988, p. 13).

A I Conferência foi redigida e contextualizada de modo politicamente posicionado, considerando o contexto histórico da época, no qual a atenção em saúde mental se pautava por um modelo asilar e de institucionalização. O documento revelava de modo escancarado a necessidade de mudança nos paradigmas médico-psiquiátrico e hospitalocêntrico, lutando pela

ruptura com práticas de internação e violação de direitos humanos fundamentais. O relatório, considerado “o primeiro documento brasileiro oficial a colocar a questão da saúde mental nessa perspectiva da luta entre os interesses de classes”, apresentava ainda a “proposta de Política de Saúde Mental da Nova República”, responsabilizando o Estado por sua implantação e implementação (Yasui, 2010, p. 44).

Após esse momento, coloca-se como marco a Declaração de Caracas (Brasil, 1990) que fomentou a reestruturação da assistência psiquiátrica, verificando-se que se fazia necessário desconcentrar o hospital psiquiátrico como “a” via de tratamento. Dentre alguns efeitos desta pauta, foram encaminhadas algumas portarias pelo Ministério da Previdência Social, como a Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, que aprovou a inclusão de grupos de procedimentos da Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos), e Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabeleceu diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial em face do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – Unidade Básica/CAPS/Hospital Psiquiátrico etc.), além da Portaria nº 407, de 30 de junho de 1992, da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamentou o cadastramento dos hospitais para internação em psiquiatria, as quais objetivavam, de maneira geral, ofertar maior qualidade na atenção em saúde mental, a integralidade do cuidado psicossocial e a reestruturação da assistência psiquiátrica, fomentando a implementação e o financiamento dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial como equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2002; Kantorski *et al.*, 2021).

II Conferência Nacional de Saúde Mental

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em Brasília, no período de 1º a 04 de dezembro de 1992, sendo estruturada em três grandes temas: I. Rede de atenção em saúde mental; II. Transformação e cumprimento de leis; e III. Direito à atenção e direito à cidadania, onde a “Atenção Integral” e a “Cidadania” foram os conceitos norteadores para as deliberações. Traçando a discussão de propostas de cuidado para repensar as existências-sofrimento dos sujeitos em sofrimento psíquico de modo integral, para além da perspectiva diagnóstica, citando que a estratégia de internação somente deveria ser encaminhada caso não houvesse outro recurso possível. Acerca das propostas para o gerenciamento, a Conferência propôs a extinção

do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS), ligado ao Ministério da Previdência Social, e a implementação de Conselhos Locais de Saúde para a municipalização da assistência, onde os gestores dos serviços poderiam pertencer a quaisquer categorias profissionais da área da saúde, desde que se posicionassem de modo alinhado aos pressupostos antimanicomiais e que fossem aprovados pelos conselhos gestores.

Com relação aos trabalhadores, o relatório trouxe como proposição programas de capacitação em saúde mental, de modo a capacitar as equipes em exercício de funções nos equipamentos de saúde mental. A II Conferência teve como grande marco o apoio à participação e protagonismo dos usuários e seus familiares, fortalecendo sua autonomia, proporcionando a reinserção familiar e comunitária, propiciando o desenvolvimento da criatividade e potencialidades artísticas, manuais e esportivas, a partir de oficinas terapêuticas e, mais ainda, “garantir ao paciente o direito ao tratamento, o direito de não se submeter ao tratamento, o direito a ser ouvido e o direito ao segredo profissional”, assegurando o acesso a informações referentes ao seu diagnóstico, acesso ao prontuário e suporte em seu tratamento medicamentoso (Brasil, 1994, p. 31).

III Conferência Nacional de Saúde Mental

Em dezembro de 2001, entre os dias 11 e 15, ocorreu em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como tema central “Cuidar, sim; Excluir, não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, trazendo como subtemas: financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania. Estimou-se que dentre as etapas Municipais e Estaduais participaram cerca de 30 mil pessoas, contando com a presença ativa de usuários, familiares, trabalhadores e gestores. Da Conferência Nacional, estimou-se a presença de 1.700 pessoas. O evento abriu espaço também para “Experiências Exitosas em Saúde Mental”, ocorridas em 10 municípios e dando ênfase aos seus fazeres de base comunitária. A III Conferência demarcou o contexto de aprovação da Lei Federal nº 10.216, portanto, pautou grande parte de suas propostas na reafirmação da importância da participação popular e comunitária, potencializando o papel da família no tratamento do usuário, como também no fortalecimento da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, apoiando equipamentos que funcionam de modo deslocado da lógica manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Conferência frisou como

uma de suas propostas a garantia de espaços de promoção da saúde mental, o estímulo à criação de grupos de convivência e de oficinas terapêuticas na comunidade, o trabalho interdisciplinar e a oferta de oportunidade de trabalho para profissionais das diversas áreas do conhecimento e para atores sociais, investindo em práticas de cuidado relacionadas à arte, cultura e esporte, fortalecendo a ideia de ampliação do conceito de saúde, deslocando o centro do cuidado de aspectos hospitalocêntricos e psiquiatrizantes para as novas possibilidades de cuidado em saúde mental. A Conferência propôs a abolição total do eletrochoque como tratamento, por ser uma prática de grande des-cuidado e punição aos pacientes (Brasil, 2002).

A Conferência visou garantir também a definição dos equipamentos que deveriam compor a rede de serviços substitutivos, sendo estes: atenção à saúde mental em centros de saúde, centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospital geral, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, programas de geração de renda e trabalho, serviços de atenção à criança e ao adolescente e serviços residenciais terapêuticos. Cada município a partir de 70 mil habitantes deveria contar com a implantação destes serviços. A intenção, para além da diminuição das internações, era tornar esses equipamentos lugares de movimento para os sujeitos acolhidos, lugar de produção de sentidos a partir do cuidado. Os serviços deveriam ser de base territorial e comunitária, podendo funcionar também como porta de entrada para o SUS, onde a porta preferencial é a Unidade Básica de Saúde. As equipes deveriam ser pensadas de modo multiprofissional, articulando um trabalho interprofissional, de acordo com a demanda do território e com as experiências singulares e coletivas de cada usuário e família.

Em linhas gerais, esta Conferência apresentou os avanços práticos e teóricos da experiência de desinstitucionalização, compreendendo a Reforma Psiquiátrica como grande marco transformador do modelo assistencial. Como encaminhamento desta Conferência, foi publicada a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que colocou os CAPS como articulador prioritário das ações de saúde mental, estabelecendo ainda suas modalidades, modos de funcionamento, atividades a serem realizadas e fortalecimento de sua condição de equipamento de base territorial e comunitária (Brasil, 2002).

IV Conferência Nacional de Saúde Mental

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSM-I) foi realizada

na cidade de Brasília, entre os dias 27 de junho e 1º de julho de 2010, tendo como tema central “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Participaram da conferência cerca de 46 mil pessoas, consideradas as etapas municipais e estaduais e aquela ocorrida em Brasília. Dentre os partícipes, estiveram usuários, trabalhadores e gestores, trazendo como inovação a perspectiva intersetorial do cuidado em saúde mental:

[...] O Relatório da IV CNSM-I, reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social (Brasil, 2010, p. 10)

Diante das reafirmações e necessárias elaborações propositivas para seguir avançando, a Conferência se organizou em três eixos: Eixo 1: Políticas Sociais e Políticas de Estado, que contou com 344 propostas; Eixo 2: Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais, contando com 322 propostas; e Eixo 3: Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, que direcionou 601 propostas. Ao critério de desinstitucionalização amplamente discutido na III Conferência, a IV acrescentou o aspecto intersetorial, propondo que os instrumentos de intervenção fossem criados a partir da articulação de diferentes políticas, como a do SUS, da Assistência Social, da Habitação e da Educação, entre outras. A Conferência agregou como proposição a criação de protocolos para acolhimentos em situação de urgência e emergência, adentrando também em propostas para práticas integrativas e comunitárias, buscando fortalecer as terapias comunitárias como estratégias intersetoriais de promoção do cuidado (Brasil, 2010). Até esta Conferência falava-se em rede de serviços substitutivos, nesta o grande marco foi a formulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Decorrente da Conferência, a RAPS foi instituída pela Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cuja iniciativa foi criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as pessoas em sofrimento psíquico/transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool, crack e outras drogas.

No Rio Grande do Norte, as pesquisadoras Ana Karenina de Melo Arraes, Magda Dimenstein, Kamila Siqueira, Clarisse Vieira e Allana Araújo desenvolveram um estudo sobre a participação dos usuários na etapa estadual, realizada no município de Natal no mês de março de 2010. Para a realização da análise, as pesquisadoras destacaram quatro importantes

analisadores: 1. O formato da conferência – o momento foi marcado por uma estrutura formal que priorizou exposições e experiências em detrimento do debate crítico e da formulação coletiva de propostas. Essa configuração acabou restringindo a participação efetiva de usuários e familiares. Com relação a implicação intersetorial, elas destacaram que “essa ampliação não foi bem aproveitada durante as etapas locais”, pois o evento se concentrou na apresentação de políticas e não na proposição de integração destas; 2. Os espaços de debates – elucidam que a fala dos usuários eram consideradas como “interferências” provocando mal-estar entre os presentes. Isso evidenciou que o direito à fala estava diretamente vinculado ao lugar ocupado nos campos de disputa e poder. Apontaram que “delegar o poder de fala a alguém está relacionado ao lugar que se ocupa em um campo de conflitos”, e a fala dos usuários ganha maior legitimidade “quando se dá de forma organizada pela via de associações”; 3. A atuação das associações – reconhecem como uma estratégia potente de mobilização e fortalecimento do protagonismo dos sujeitos, destacando que a presença de representantes de associações contribuiu para visibilizar conquistas políticas e subjetivas dos usuários, além de operar como um dispositivo de empoderamento; 4. A tutela dos usuários – aspecto ainda presente nas práticas institucionais, especialmente quando os usuários demonstram dificuldades em compreender a complexidade dos processos políticos e institucionais que atravessam a conferência. Chamam atenção para o risco de “sobreimplicação” dos profissionais e das famílias, o que pode reduzir a potência de participação dos usuários. Enfatizaram, contudo, que essa limitação “não diz respeito a uma não adesão ou falta de comprometimento político dos usuários”, mas à necessidade de ampliar o acesso ao debate e fortalecer os espaços de escuta e elaboração. Em parâmetros gerais, as pesquisadoras concluem elucidando a necessária implicação nos espaços de participação social no cotidiano, e não apenas em cena de conferências, apontando a criação de fóruns permanentes, a gestão participativa nos serviços substitutivos e o fortalecimento das associações como caminhos para o empoderamento e um desfazer das práticas manicomiais (Arraes *et al*, 2012, p. 77-83)

V Conferência Nacional de Saúde Mental

A V Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu entre os dias 11 e 14 de dezembro de 2023, na cidade de Brasília, com um intervalo de 13 anos desde a última. A conferência teve como tema “A Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade,

rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”, sendo fruto de intensa mobilização de coletivos e sociedade civil, sendo uma iniciativa do Conselho Nacional de Saúde ao se deparar com retrocessos diante da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD).

Se a sistematização da RAPS foi o legado da Conferência anterior, a esta coube reafirmar “a indissociabilidade entre saúde mental, garantia de direitos, participação, justiça social e democracia”, organizada em quatro eixos: Eixo I - Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania; Eixo II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental; Eixo III - Política de Saúde Mental e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade; Eixo IV - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e após a pandemia. As questões propostas na V Conferência foram resultado das etapas de conferências nos Municípios e Estados, mas, desta vez, com a realização de 37 Conferências Livres Nacionais, desde onde se consolidou um total de 657 propostas (Brasil, 2023).

Cabe ressaltar alguns exemplos das Conferências Livres Nacionais (CLN) que ocorreram em grande parte do território nacional: Conferência Livre Nacional de Saúde Mental da População Negra; Saúde Mental da População LGBTQIAPN+; Saúde Mental dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde; Usuários da RAPS no controle social do SUS; Saúde Mental da População Indígena; Saúde Mental com a População em Situação de Rua. As CLN foram uma iniciativa da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, inovando em uma metodologia que ampliasse a capacidade de análise e vocalização da parte da população e de escuta da parte dos formuladores de políticas. As CLN foram um avanço na construção da V Conferência Nacional de Saúde Mental, pois possibilitaram a ampliação da participação social, versando sobre as especificidades, desafios e viabilidades da RAPS em contextos diversos, possibilitando a articulação de ações de modo direcionado às populações em condição de iniquidade (Brasil, 2023).

Conferências de Saúde Mental: daquilo que foi pronunciado, o que ficou apalavrado?

De modo geral, com relação às estruturas dos relatórios, o da I e o da II Conferências Nacionais de Saúde Mental apresentaram contextualizações políticas e históricas em cada tema

proposto, além de diretrizes e propostas para uma política nacional. Os relatórios da III e da IV Conferências Nacionais de Saúde Mental seguiram a proposta das conferências anteriores e acrescentaram, na redação, uma seção inicial em cada eixo temático, com princípios e diretrizes gerais para evitar que se apresentasse um conjunto fragmentado de propostas, “dificultando a identificação pelos leitores da direção mais geral da política recomendada em cada eixo temático” (Brasil, 2010, p. 15). O relatório final da V Conferência Nacional de Saúde Mental não seguiu a mesma lógica de redação, sustentando um conjunto de propostas que foram organizados em tabelas a partir do sistema “e-propostas”, onde estas foram codificadas de acordo com sua proveniência dos Estado ou das Conferências Livres.

Um encaminhamento que apareceu de modo repetido nas conferências foi a extinção total dos Hospitais Psiquiátricos e o fortalecimento da implementação de uma Rede de serviços substitutivos. Diante disso, foi possível observar que, apesar de o Brasil continuar caminhando com a rede de serviços substitutivos e com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, ainda não foi possível a extinção dos Hospitais Psiquiátricos. A III Conferência propôs que fossem extintos todos os Hospitais Psiquiátricos no Brasil até o ano de 2004, pois além das práticas manicomiais ou com resquícios de violação de direitos, estes equipamentos consumiam 88% dos recursos do SUS destinados à Saúde Mental (Brasil, 2002).

Coloca-se possível pensar que ainda não foi enfático o desmonte total da internação manicomial, mas esta foi uma pauta de 100% das conferências nacionais realizadas e de 100% das conferências livres que foram organizadas por segmentos da sociedade interessados no tema do cuidado em saúde mental. Pode-se concluir, também, que o investimento e a criação de novos serviços que integralizam a RAPS, que a distribuem de modo suficiente em todo o território nacional e fortalecem tanto o processo de desinstitucionalização como de não institucionalização ainda não alcançou o desejado impacto populacional. A proposta dos Serviços Residenciais Terapêuticos para egressos das instituições manicomiais carece de reconhecimento de sua urgência e empenho para com a pauta de desinstitucionalização, permitindo a vigência do imaginário manicomial no seio da sociedade. Os resquícios manicomiais ainda prevalecem nos próprios serviços substitutivos e nos modelos de formação profissional, o que dificulta as estratégias do cuidado em liberdade. Macedo e Dimenstein pontuam que:

[...] dependendo da maneira como cada profissional se insere, organiza e maneja os conhecimentos teórico-técnicos e prático-profissionais necessários para atuar na Saúde Mental, e se movimenta politicamente nos espaços de luta dentro e fora dos

serviços, pode ou não efetivar e dar sustentação para a defesa das mudanças que se quer implantar nesse campo no País (Macedo; Dimenstein, 2012, p. 425).

Por essas questões, é válido ressaltar o papel da participação popular, com a presença e engajamento de usuários, profissionais, gestores e estudantes nas conferências e na construção de políticas públicas, vinculando diálogos em torno da loucura, da cultura e das práticas de cuidado ofertados em cada equipamento, visando não só a mudança dentro destes, como também no modo de ensino nos cursos de formação, no desfazer de práticas estigmatizantes e desrespeitosas, investindo um posicionamento ético-político para a construção, dentro e fora dos serviços, de uma linha de cuidado dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, recuperando a cidadania daqueles que foram “historicamente invalidados nas relações sociais” (CFP, 2022, p. 64).

Diante do exposto acerca dos aparatos gerais das Conferências de Saúde Mental, como espaços de palavra – verbalização, escuta e elaboração coletiva de enunciados – reafirma-se a proposta de trabalho desta pesquisa a partir do grupo-dispositivo “Dedinho de Prosa”. Para que se faça o movimento incansável e sempre necessário de oferta de espaços de fala, de construção do protagonismo e de acolhimento da luta por direitos, é fundamental a escuta dos usuários. Da escuta acolhedora, sensível e compreensiva, é possível uma devolutiva organizada que contribua à sistematização de discursos, processos e desafios, oferecendo uma borda coletiva de agendas, de patrimônio coletivo de enunciados e superior compreensão de processos sociais, éticos e políticos. O grupo-dispositivo recolhe da potência das rodas de conversa, a possibilidade de elaboração coletiva de enunciados ao fazer-saber de um coletivo.

PALAVRA INTERESSADA, PALAVRA ENDEREÇADA

Cada palavra tem um sonho.
(Nise da Silveira, 1981, p.181)

Já apresentamos uma síntese das cinco conferências nacionais, agora vamos tecer um ligeiro quadro da última Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio Grande do Norte, atravessar por sua estrutura prévia de conferências macrorregionais, chegar a Conferência Municipal de Saúde Mental de Mossoró e conhecer a Conferência Livre Municipal do Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano de Oliveira. No Rio Grande do Norte, foi realizada a Vª Conferência Estadual de Saúde Mental e também foram realizadas as primeiras Conferências Regionais da 2ª e 8ª Regionais de Saúde. O município de Mossoró compõe a 2ª Região de Saúde. De modo geral, as conferências regionais trouxeram propostas em torno de questões como a implantação de meios para a geração de renda entre os usuários; práticas de cuidado a partir dos pressupostos da educação popular; fomento da educação permanente e continuada para os trabalhadores da saúde mental; fortalecimento do cuidado integral e resolutivo desde a atenção básica até a atenção especializada; fomento à criação de ações de cuidado intersetoriais; criação de linhas de cuidado em saúde mental; implementação de políticas locais de saúde mental, garantindo financiamento das três esferas de gestão, e fortalecimento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. As propostas foram alinhadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, contando com a participação popular e protagonismo dos usuários e trabalhadores do SUS, de modo a elucidar suas lutas por modos de cuidado dignos e de direito.

A Vª Conferência Estadual de Saúde Mental foi realizada entre os dias 29 de novembro e 1º de dezembro de 2022 no município de Natal, a capital. Desta Conferência participaram 81 usuários, 48 trabalhadores de saúde e 54 gestores. A Conferência contou com a presença de poetas, músicos e artistas visuais da região, tornando o momento ainda mais acessível, democrático e popular. A Iª Conferência Regional da 2ª Região de Saúde ocorreu no dia 30 de março de 2022, contando com a participação de 150 pessoas, discutindo propostas da realidade dos 14 municípios que compõem a regional, dentre eles, o município de Mossoró, sendo o único que conta com a implantação de 4 CAPS, os outros cinco municípios da região que contam com a estrutura assistencial de um CAPS correspondem ao CAPS I.

Das propostas vinculadas à Conferência Estadual de Saúde Mental do estado do Rio

Grande do Norte e encaminhadas à Vª CNSM, estavam: a implementação de programas e políticas que visem ao trabalho e à geração de renda para os usuários da RAPS; a garantia de ações de educação permanente e continuada em saúde mental para os servidores do SUS em todos os três âmbitos de atenção à saúde; a garantia de recursos para o trabalho nos equipamentos da RAPS a partir de ações de arte, cultura e esporte, bem como o incentivo à criação de centros de convivência; a promoção do acesso a tratamentos alternativos, incluindo a consolidação de Farmácias Vivas e ações de educação em saúde relativas às mesmas; a garantia da retomada das equipes de apoio matricial à Saúde da Família e Atenção Básica, como modo de fortalecimento das ações; a ampliação do investimento para a melhora da saúde do trabalhador e melhores condições de trabalho, bem como a aquisição de recursos para a melhora das ações de cuidado, como Internet, equipamentos para realização de grupos terapêuticos e insumos para práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), entre outras proposições. O fomento às ações de educação popular e qualificação das equipes para esse modo de trabalho, bem como ações de educação permanente em saúde apareceu repetidas vezes na conferência nacional, principalmente fruto das propostas surgidas nas Conferências Livres e nas Conferências Estaduais realizadas no Rio Grande do Norte e no Ceará (Brasil, 2023).

Um aspecto relativo à realidade do estado do Rio Grande do Norte, mais especificamente ao município de Mossoró, é a falta de uma Política Municipal de Saúde Mental e a construção de uma linha de cuidado em saúde mental que sistematize o funcionamento da Rede no município e as práticas de cuidado indicadas para a realidade local. Esta inquietação inaugura novas questões, como: a cidade de Mossoró conseguiu de fato derrubar o modelo manicomial e engendrar a atenção psicossocial como modelo de cuidado? O que a Iª Conferência Municipal de Saúde Mental indicou como diretriz e proposta à sua política municipal e à estadual?

A compreensão das Conferências assinala questionamentos sobre a localização de uma Política Municipal de Saúde Mental: quais seus enunciados, quais suas estratégias participativas de palavra e escuta. Se há participação popular nas conferências, há mobilização dos usuários, familiares, profissionais e sociedade, há construção de propostas e escolha dos caminhos para seu encaminhamento, mas por quais motivos desconhecemos a sistematização de uma Política ou linha de cuidado em saúde mental na cidade de Mossoró? Na intenção de dirimir esse desconhecimento, foram visitados o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, em busca de documentos que apontassem para o mapeamento da RAPS, protocolos

estipulados de atendimento, estudos de demanda, estratégias de apoio matricial e de educação permanente em saúde mental, nos tendo sido informado sobre a existência de tal documento, mas que, de acordo com a lei de proteção de dados, seu acesso não estava disponível. Foi pedido o acesso à Coordenação de Saúde Mental e à Coordenação de Educação em Saúde uma vez que se trata de política pública, cuja transparência é obrigatória. É preciso saber o que foi *apalavrado* entre cidade e cidadania.

A cidade de Mossoró é a segunda cidade mais populosa do estado do Rio Grande do Norte, ficando atrás apenas da capital, situada a uma distância de 280 km. Enquanto Natal está no extremo leste do estado, Mossoró está no extremo oeste. Sendo o estado do Rio Grande do Norte uma das menores unidades federadas, é possível pensá-lo em duas metades, representando a capital a cidade polo da metade leste e Mossoró a cidade polo da metade oeste. Mossoró é um município de 264.577 mil habitantes, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2022 (IBGE, 2022), sua maior fonte de geração de renda é a agropecuária e a indústria salineira, seguidas do comércio e setor de serviços de interesse público, que complementam o acesso ao emprego. A cidade possui uma média de 117 estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), nos três âmbitos da atenção (primário, especializado e hospitalar), contando com 10 serviços representantes específicos da Rede de Atenção Psicossocial, além da sua integração com as Unidades Básicas de Saúde.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde – PMS com vigência de 2022 à 2025 publicado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Mossoró, a saúde mental é colocada entre os indicadores para o componente Pagamento por Desempenho, onde o plano cita acerca da categoria “saúde mental”, prevendo ações para o município com relação à população prisional, a saúde bucal, citam o fortalecimento da RAPS e a articulação intersetorial, mas não prevê um plano específico de ação para tal articulação. O que aparece com uma “melhor estruturação” é o programa de distribuição de medicamentos para usuários da saúde mental dentro do município, elencando os tipos, o financiamento e outras disposições. A saúde mental também aparece como parte das metas da 8 conferência municipal de saúde, principalmente com relação à saúde mental do trabalhador e suas capacitações/qualificação profissional. Um aspecto muito importante para esta pesquisa também aparece no plano, que é a “implementação da regionalização (macrorregiões), na perspectiva do planejamento e financiamento das Redes de Cuidado”, onde inclui a Rede de Saúde Mental, porém, não consta

um plano específico de ação e até o momento desta pesquisa não se conseguiu informações acerca da Rede, se há ou não uma sistematização em torno de tal aspecto (Prefeitura Municipal de Mossoró, 2022).

A Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Mossoró inclui quatro Centros de Atenção Psicossocial, três Unidades Ambulatoriais de Atenção Especializada, uma Unidade de Pronto Atendimento, uma Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral e um Hospital Psiquiátrico. Tais equipamentos oferecem cobertura para crianças, adolescentes e adultos nas modalidades de clínica psicossocial, clínica psiquiátrica, atenção à crise e internação hospitalar, incluindo a atenção em saúde mental para sujeitos em uso problemático de álcool, crack e outras drogas. As modalidades de atendimento organizadas no município podem ser resumidas na tabela que se segue (Tabela 1).

Tabela 1: Serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Mossoró/RN

Modalidade de Serviço	Serviço	Perfil de Cobertura
Centros de Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano de Oliveira – CAPS II	Atendimento para adultos em sofrimento psíquico e/ou transtorno mental severo
	Centro de Atenção Psicossocial Enfa. Mariana Neumann Vidal da Costa – CAPS II	Atendimento para adultos em sofrimento psíquico e/ou transtorno mental severo
	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool, Crack e outras Drogas – CAPS ad III	Atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.
	Centro de Atenção Psicossocial Enfa. Maria de Fátima Araujo Fernandes de Medeiros – CAPS i	Atendimento infantojuvenil para os transtornos mentais graves e persistentes de crianças, adolescentes e jovens
Unidades Ambulatoriais de Atenção Especializada	Ambulatório Materno-Infantil – AMI	Atendimento ambulatorial para crianças e adolescentes em psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional, entre outros
	Centro Clínico Vingt-Un Rosado – PAM do Bom Jardim	Atendimento ambulatorial em fonoaudiologia, psicologia e psiquiatria, entre outros
	Centro Especializado em Reabilitação – CER IV	Reabilitação intelectual, física, auditiva e visual
Serviço de Atenção em Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento Conhecita Ciarlini – UPA do Bairro Santo Antônio	Unidade de referência do município para as urgências em psiquiatria, responsável por referenciar/regular os usuários que necessitam de internação

Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral	Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia	Enfermaria especializada de psiquiatria em Hospital Geral
Hospital Psiquiátrico	Hospital Psiquiátrico Dr. Milton Marques	Internação hospitalar para tratamento em saúde mental

Fonte: Autoria própria, de acordo com o Relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Mossoró, 2022.

A I Conferência Municipal de Saúde Mental de Mossoró ocorreu nos dias 09 e 10 de maio de 2022, contando com a presença de aproximadamente 100 participantes, dentre estes, usuários, gestores, trabalhadores de saúde mental do município, representações políticas, representantes de Universidades, representantes da saúde mental do estado, conselheiros municipais de saúde e outros. As propostas foram pensadas a partir das conferências livres que ocorreram na cidade, baseadas na realidade local e nos territórios e modos de funcionamento de cada equipamento da rede do município. Para as discussões, construção de propostas e encaminhamentos, a Conferência foi estruturada em quatro grupos de participantes, cada um com uma média de 20 pessoas, representando, cada um, um dos quatro eixos propostos pela Vª Conferência Nacional de Saúde Mental. Após o trabalho em grupos, todos se reuniram para o compartilhamento e aprovação das propostas finais que seriam encaminhadas para a Conferência Estadual.

Considerados os objetivos da presente pesquisa de mestrado, cabe recortar de cada eixos algumas das propostas deliberadas. Para o **Eixo I** foi proposta a criação da linha de cuidado em saúde mental do Município; do **Eixo II** podemos destacar o apoio e financiamento de programas de geração de renda com a oferta de cursos de capacitação para os usuários; no **Eixo IV** um destaque é o fortalecimento das ações de cuidado aos trabalhadores da saúde mental, implementando práticas integrativas e complementares e capacitações sobre o acolhimento às demandas específicas de cada território. As propostas do **Eixo III** não foram destacadas porque o relatório replicou as mesmas propostas do Eixo II, o que nos leva a refletir sobre o cuidado da relatoria. O que aconteceu com o Eixo III? Como a política municipal poderia recuperar seus indicativos para a sua confecção? O Relatório nunca mais foi consultado e, por isso, não houve a preocupação de preencher a lacuna ou, em que pese estar sob utilização, a informação perdida não pode ser recuperada?

Na cidade de Mossoró, ocorreram 16 conferências livres, a que se poderia igualmente chamar pré-conferências municipais, durante o mês de dezembro de 2021, envolvendo os

serviços de Atenção Básica e de Atenção Especializada em Saúde. Traçaremos agora a análise do relatório referente à pré-conferência municipal de saúde mental ocorrida no Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano Soares de Oliveira.

Imagem 3: Farmácia Viva no CAPS, Mossoró, 2021.



Fonte: Acervo pessoal.

A pré-conferência organizada pelo CAPS Antônio Herculano Soares de Oliveira ocorreu no dia 16 de dezembro de 2021, contando com a participação ativa de 60 pessoas, dentre elas os trabalhadores, estagiários, familiares e usuários. As demandas foram escutadas e organizadas em propostas. A pré-conferência foi movimentada com proposições vindas das inquietações, angústias e lutas dos sujeitos que estavam presentes. Podemos citar alguns exemplos por eixo: **Eixo I:** promover um cuidado ampliado para toda a rede viva do usuário, como seus familiares; propor ações de combate aos estigmas sociais relacionados com os sujeitos em sofrimento psíquico como modo de prevenção e “pósvenção” do suicídio, bem como, qualificar as equipes da UBS e do CAPS para atendimento em situações de crise e casos de tentativa de suicídio ou automutilação. **Eixo II:** investir nas assembleias como modo de fomentar a participação popular na construção de políticas de cuidado em saúde mental; capacitar os profissionais de cada serviço de acordo com as demandas específicas de seu território de atuação; propor a criação do “caixa saúde” para os serviços (voltados para pequenos reparos), a exemplo do “caixa escola”, como modo de garantia de insumos e reparos na estrutura do serviço. **Eixo III:** implementar programas de geração de renda, propondo cursos

de aprimoramento com oficinas de artes e trabalhos manuais; realizar ações intersetoriais, firmando parcerias com outros setores de políticas públicas como a assistência social e a educação. **Eixo IV:** qualificar a formação profissional e os cuidados que podem ser ofertados àqueles que cuidam, bem como, garantir e ampliação das supervisões para os profissionais da saúde mental, questão esta que também surgiu como proposta em conferências anteriores, como na IVª Conferência, que propôs a garantia de supervisão clínico-institucional em todos os CAPS, como uma obrigatoriedade por parte do Ministério da Saúde. Uma proposta que surgiu como transversal aos eixos foi relacionada ao acesso facilitado a informações e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), onde fossem aceitos laudos elaborados também pela equipe multiprofissional do CAPS e não apenas pelo médico psiquiatra.

COMPONDO UMA ESCRITA-FALADA

A crua palavra
que quer dizer
tudo
Anterior ao entendimento, palavra
Palavra viva, palavra com temperatura, palavra
Que se produz
(Chico Buarque, 1989)

Este capítulo intenciona traçar uma escrita a partir das enunciações e dos sentidos atribuídos ao cuidado em saúde mental pelos sujeitos participantes da pesquisa. A escrita se tece a partir dos principais campos de produção de narrativas propostos nesta pesquisa-intervenção: a entrevista realizada com a então gestora do CAPS II e os encontros do grupo-dispositivo dedinho de prosa com usuários do serviço. Uma escrita construída também à luz dos marcos teórico-conceituais elucidados por este estudo.

No momento em que fui ao CAPS fazer o convite aos atores-participantes, enquanto conversávamos sobre questões de ética e sigilo da pesquisa, um deles, Jotapê, falou: *“eu não vou falar por todo mundo, mas eu, o autor, vou ler e vou saber que aquilo é parte de mim”* (diário de campo). Ele conseguiu captar a intenção de uma pesquisa que se intitula “a palavra, instrumento nosso”, as falas não são tomadas como mera fonte de informação, pois quem mais poderiam ser os autores-faladores senão aqueles que ocupam o lugar de ser-cuidado?

A partir de toda a discussão da Reforma Psiquiátrica no mundo e seus termos no Brasil, da invenção brasileira do controle social, que exige uma tomada da palavra da população para projetar as políticas de saúde mental (o que nos levou pelas conferências nacionais de saúde mental), buscamos escutar os usuários de “um” CAPS: o que pleiteiam coletivamente quanto às práticas de cuidado e às políticas de saúde mental? Assim, recortamos um estado da federação, o Rio Grande do Norte e, neste estado, um município, o município de Mossoró/RN. Neste município, um CAPS, um CAPS que realizou uma conferência autogestionada na base dos procedimentos em torno da Vª Conferência Nacional de Saúde Mental. Este procedimento intencionalmente caminhou do mundo a um grupo populacional, supostamente aquele que sente os efeitos da transformação das teorias e das práticas e está ali em atendimento naquele equipamento que as lutas, as teorias e os movimentos de participação legaram como proposta de acolhimento, escuta e cuidado.

A entrada neste CAPS foi explicada, cabe agora passar a palavra “ao campo”. Para isso, traçamos um plano: a composição de uma escrita-falada, emergente das palavras de quem vive e faz o cuidado em saúde mental, recolhendo a partir das marcas do corpo, da memória, do território o que tem sido possível produzir em um Centro de Atenção Psicossocial. Como

anunciado desde o início, foram dois grandes procedimentos: o procedimento entrevista e o procedimento dedinho de prosa. Passemos a eles!

Procedimento Entrevista

Eu saio do CAPS antes de... parece que eu tô *saindo* dele *ainda*... gostando dali. Porque eu poderia ter sido engolida por todo o contexto... Eu saio dele *amando*, né? Sai para preservar o amor. (Gestora)

A entrevistada foi a gestora que ocupou esse cargo por 4 anos, iniciando em 2021 e afastando-se em 2025. A gestora precisou afastar-se no primeiro semestre por licença gestante, mas, após o término da licença, será realocada para um cargo na Secretaria Municipal de Saúde. Apesar do afastamento previsto, ela seguiu concordando em participar da pesquisa. Se um marcador de escolha do CAPS foi a realização da pré-conferência municipal de saúde mental, tomas a palavra da gestora do período nos pareceu relevante. Persistiu-se na participação dela colocando-a no lugar de “gestora” por reconhecer o trabalho de escuta e cuidado que ela realizou (e ainda vem realizando) no CAPS, como ela mesma diz em cena de entrevista:

É bancar o desejo mesmo, de tá ali, de fazer aquilo fazer sentido, de transformar. Tem muita coisa que ficou por fazer, muita coisa que não deu certo fazer, ficou pelo caminho... e eu espero que mais projetos bons surjam e muitas coisas que deram certo continuem. É uma preocupação mesmo, porque existe uma equipe e o gestor ele é uma peça importante de direção. De pequenas coisas, não é de transformar tudo, mas de direcionar mesmo. As próprias reuniões de escuta: o que vamos fazer com isso? Qual o caminho para tornar isso mais humano? E eu espero muito.

A entrevista será organizada a partir dos enunciados que emergem de sua fala, buscando compreendê-los não apenas como relatos de gestão, mas como expressões de uma clínica ampliada que se faz também no plano institucional e político. Ao longo da entrevista, desloca a ideia de gestão para o campo do cuidado e da escuta, seja da equipe, dos usuários, da instituição e/ou de si mesma, como quando demarca: “um diretor que não escuta é um perigo”. Sua fala carrega marcas de implicação, desejo, frustração, coragem e aposta, compondo um testemunho singular sobre os atravessamentos e as invenções possíveis no cotidiano do CAPS.

Antes de iniciar a gravação de áudio, houve a leitura do TCLE e a assinatura do mesmo. No momento, também foram sanadas as dúvidas acerca do uso do áudio e da intenção da entrevista. A entrevistada agradeceu o convite e falou sobre o significado daquele momento para ela, por ter a possibilidade de os reflexos de tanto trabalho aparecerem também em forma de escrita. *Foi um trabalho em busca de sentido*, disse, elucidando como é representativo participar da entrevista e revisitar seu próprio trabalho.

“Tudo começa quando existe um coletivo”

Essa foi a enunciação inicial da gestora na entrevista, a pergunta que se antecedeu a isto foi relacionada ao planejamento e articulação das ações de cuidado no CAPS, bem como, quais sentidos são esses que ela situa no início do nosso encontro. Esse dito inaugural direciona para pensarmos uma ética do cuidado na saúde mental que está atrelada à coletividade como condição de possibilidade. A gestora parece tentar deslocar o seu fazer e caminhar com o equipamento para reformular um trabalho, passando do saber-fazer psiquiátrico tradicional, pautado em um modelo biologicista para um trabalho no modo psicossocial, modelos que são contraditórios desde seus pressupostos basilares e que, por isso, não é possível que caminhem juntos. No “modelo psicossocial propõe-se que a instituição, por meio de seus agentes, adquira o caráter de espaço de interlocução, agenciadora de subjetividades. (...) a instituição deve funcionar como ponto de fala e escuta da população” (Yasui, 2010, p. 105).

Silvio Yasui (2010, p.61), citando o Relatório do Iº Encontro da Luta Antimanicomial, ocorrido em 1993, destaca que a assistência em saúde mental deve pautar-se “como a construção de práticas de atenção integral à saúde num processo coletivo, contemplando a cultura, a interdisciplinaridade, os movimentos populares, sindicais, comunitários e legislativos.” Essa aposta em um cuidado coletivo rememora a questão da “entredisciplinaridade” proposta por Ceccim (2006, p.261), deslocando de um trabalho *corporativo-centrado* para *usuário-centrado*, onde se propõe uma ética *entredisciplinar* ao modo de trabalho multiprofissional das equipes de saúde, admitindo que os saberes profissionais criam novas possibilidades de intersecção para os fazeres clínicos e institucionais:

[...] Em um movimento entredisciplinar, a equipe multiprofissional de saúde teria, nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, a oportunidade de compor e inventar a intervenção coletiva, constituindo-se cada desempenho ampliado ou modificado em um desempenho protegido pela condição da equipe. (...) A atenção gerenciada em cada equipe permitiria a invenção e a autorização de desempenhos protegidos, tendo como meta projetos terapêuticos responsáveis pela resolutividade das ações e dos serviços de saúde (Ceccim, 2006, p. 271)

Essa ética do *entre* que Ceccim propõe como uma terceira margem é o que vem a possibilitar uma gestão compartilhada do cuidado em que a escuta e os caminhos para um planejamento não são construídos partindo apenas de um único saber ou da autoridade de um profissional, mas construídas em um território coletivo. Isso se evidencia na fala da gestora quando ela diz:

[...] nunca é algo pensado ao acaso ou individualmente [...], era sempre em conjunto. [...] E aí qual foi o meu ponto inicial? Eu pensei: eu preciso ouvir essas pessoas, eu preciso entender que muitas vezes aquele profissional, ele estava em silêncio e aquele outro estava com muitos barulhos ali, muitos questionamentos, revoltado, muito desmotivado e isso refletia diretamente no usuário, porque se o contexto de equipe estava de certa forma desalinhado, o resultado vai impactar diretamente pra aquelas pessoas que usam o equipamento.

Portanto, a gestão do serviço se coloca na posição de escuta e de invenção não reduzida a uma função técnica ou administrativa e o “coletivo” não é somente um jeito de fazer, mas uma instância, o próprio modo de operar o cuidado, de inventar práticas e reorganizar as relações dentro do CAPS. É um ato clínico e político, como escreve Ceccim “não depende apenas dos conhecimentos científicos das profissões, mas dos conhecimentos aproximativos. Neste caso, depende da coragem das práticas criativas e inventivas” (Ceccim, 2006, p. 271).

Para seguir pensando a construção de uma assistência em saúde mental de modo entredisciplinar, propomos ler/escutar a gestora quando ela pontua sobre o desafio em organizar o acolhimento inicial. Elucidando a partir de enunciados editados da entrevista, ela conta a preocupação com o modo com que as triagens eram realizadas (onde alguns profissionais, como o educador físico, já vinham tentando mudar e elucidar aspectos problemáticos nesse processo).

“A triagem: repetir, repetir, sem ficar diferente?”

Foucault (1978, p. 141) aborda o movimento de deixar o poder de decisão na responsabilidade do julgamento médico, pois apenas estes podem ditar quem ocupa o lugar de louco, “apenas ele permite que se distingam o normal do insano, o criminoso do alienado”. Essa importante questão aparece em cena de entrevista, quando a gestora elucida sua angústia diante do modo com que ocorriam as triagens no CAPS, em que esse primeiro momento que deveria ser de acolhimento, nem sempre ocorria para tal. Inicialmente, ela problematiza as práticas fragmentadas, burocratizadas e centradas na repetição de protocolos, questionando inclusive a nomeação “triagem”: “parece algo que você tá avaliando e passando em uma peneira”. Conta que funcionava da seguinte forma: “os profissionais dividiam-se em salas por categoria profissional, cada um ficava com sua ficha de triagem a ser respondida com o usuário, que passava por todas essas salas para responder as perguntas, que muitas vezes eram repetitivas”. A gestora fala desse aspecto como um modo de “atualizar o sofrimento”, em que, segundo ela, “o sujeito falava de sua dor em várias sequências de salas para várias pessoas, então ele saía dessa varredura com um sofrimento muito forte”. Muitas vezes não havia um manejo adequado

nessa escuta, “parece que é só por ouvir, por preencher um papel mesmo”, pois geralmente o usuário saía sem um encaminhamento específico.

A gestora explica como isso ocorria, pois para alguns profissionais, apenas o psiquiatra era capaz de atestar se aquele usuário era elegível ou não para o cuidado no CAPS e diz que esse foi seu primeiro grande incômodo ao chegar no equipamento. Questionava-se: “como vou dizer pra esses profissionais que o saber do psiquiatra não está acima do deles? Que eles têm autonomia, tem saber, tem liberdade para montar os projetos terapêuticos dos usuários e posteriormente se encaminha para passar pelo psiquiatra, se for necessário”. Ela pontua que no decorrer das reuniões de escuta com a equipe multiprofissional, incluindo o psiquiatra, foi possível repensar o procedimento a partir das construções coletivas, reorganizando de um modo que afirmasse a necessidade de escuta qualificada e do protagonismo do usuário e da família na construção do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segue contando que é preciso buscar “ver o que surte efeito mais positivo pra vida dele”, dizendo da singularidade que deve orientar o cuidado, e não da simples aplicação de um saber prévio ou técnico.

Essa mudança no modo de acolher os sujeitos em sofrimento no CAPS dialoga com Lobosque (2020, p. 280) quando situa que devemos seguir subvertendo os modos de tratamento dos sofrimentos psíquicos e que isso vem ocorrendo quando vemos “os trabalhadores de saúde mental se recusarem a tratar as pessoas de maneira indigna (...), vemos os próprios usuários e familiares retomando o exercício da palavra e da ação, tornando-se protagonistas dessa luta”, portando, essa questão sustenta que o cuidado apenas é possível quando o sujeito é reconhecido em sua palavra e desejo. A partir disso se operam mudanças singulares e reposicionamentos subjetivos. Reverbera também que essas mudanças ocorrem não apenas a partir de um profissional, mas de uma visão e movimentação da equipe que para além de perceber as discordâncias no processo, mobilizou-se a repensar a construção do fluxo de acolhimento no serviço, tomando como caso suas próprias experiências e realidade vivida no território.

“Uma Rede furada”

A sensação que dá é que você tá ilhada. (Gestora)

Foi perguntado à gestora sobre a articulação em rede na cidade, se ela entendia que esse era também um desafio, ela responde que é um dos grandes:

Quando a gente tá num equipamento, a sensação que dá é que você tá ilhada. Os equipamentos não conversam entre si como deveriam. Então assim: quando o Paciente está lá no hospital Milton Marques, porque o CAPS nunca fica sabendo? Porque a gente fica sabendo quando um vizinho, um parente, ou ele mesmo quando retorna de

um sofrimento muito grande, retorna por conta próprio para o CAPS e conta o que ele vem passando há dias (Gestora).

Esse dito de estar “ilhada” revela não apenas a experiência diante do cotidiano institucional, mas também as inúmeras barreiras existentes para se concretizar uns dos objetivos da Rede de Atenção Psicossocial: “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território” e “regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial” (Brasil, 2011, p.2). A ausência de comunicação entre os serviços é uma realidade recorrente quando paramos para escutar os usuários e profissionais que circulam nos equipamentos de saúde, evidenciando-se que, apesar de haver os equipamentos que compõem os serviços substitutivos dentro da RAPS no município, estes não estão, em sua maioria, articulados ou implicados entre si. Essa questão é complexa e exige investimento dos gestores e profissionais, um caminho viável para repensar essa situação poderia ser a criação de linhas de cuidado em saúde mental ou de políticas municipais que sustentassem uma rede e seus fluxos de atendimento.

Questiono se ela acredita que a existência de uma Política Municipal de Saúde Mental e/ou de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental no município faria diferença no modo com que o CAPS II articula as ações de cuidado em saúde mental. A gestora explicita que “é um norte”:

Não tem como a gente dizer que não muda, porque na falta de uma política voltada pra isso, a gente já consegue fazer grandes coisa, imagina como seria bom ter uma ação norteadora né, é bom que a gente tenha um norte nessa condução. Eu acho que já era para existir, acho que as coisas precisam fazer sentido, porque tem muitas ações dentro da saúde mental que não fazem muito sentido, pelo menos pra mim.

Carregar a experiência de estar inserido no cotidiano dos serviços substitutivos em saúde mental, de forma implicada, parece convocar ainda mais a pensar a necessidade de uma direção da política pública. A gestora conta ainda das mudanças que a equipe foi percebendo como indispensáveis em seu cotidiano, como por exemplo diante da lógica das campanhas, principalmente no setembro amarelo, onde ela conta do adoecimento e tristeza que surgia na fala dos usuários nesse período. A partir da escuta às falas que emergiam eles foram remodelando os modos como as campanhas funcionariam, como acordar com os usuários algumas ações, propor momentos de protagonismo aos sujeitos, principalmente por intermédio da arte, propondo também ações fora do CAPS que ocupassem outros espaços da cidade. Ela segue elaborando sobre a importância de políticas públicas no município:

Então, muitas vezes é preciso um norte, da gente ter alguém que direcione: uma política de saúde mental, um sentido de um projeto, de uma política pública municipal, de uma formação, de uma territorialização, isso também ajuda a gente a trabalhar lá dentro. É algo que tá fora, mas tá dentro ao mesmo tempo.

Quando a gente não tem isso a gente fica em uma rede furada, como quando a gente vai falar lá na UBS e eles dizem “ah, mas não é palpável, isso não tá documentado, é só uma ideia”, e sempre foi bem isso, é como se nossas ideias não tivessem um fundamento, porque não é documentado, não tá no papel, aí eu fico “então vamos fazer, vamos botar no papel”, mas é mais trabalho e as pessoas não querem mais trabalho.

E na verdade existe, né? Existe isso documentado, existe uma política nacional, mas muitas vezes não é compreendida por não ter uma questão disso dentro da cidade, do município, isso meio que se perde, parece que está muito longe da realidade. E são diretrizes, são questões que não são difíceis, não são mirabolantes e que se você fizer naquela forma ali da política vai ser prazeroso e possível.

Ana Marta Lobosque (2020, p. 81), escrevendo sobre a construção de um trabalho em Rede a partir de uma lógica antimanicomial, destaca três importantes aspectos: primeiramente, o manejo e acolhimento das situações de crise por parte dos equipamentos pertencentes à rede de cada município; segundo, o fortalecimento das unidades básicas de saúde, pois não podemos cair na armadilha de tender à um “modelo CAPScêntrico” e não podemos nos render aos discursos de que a atenção básica deve atender “também” os usuários de saúde mental, pois devem “acolher, escutar e encaminhar quando necessário todo e qualquer cidadão” que necessitar dos serviços. Parece que é justamente na tentativa de descentrar o cuidado em saúde mental somente do CAPS que a gestora persiste na construção de uma comunicação em rede. O terceiro aspecto, são “os passos além da saúde”, onde para haver desinstitucionalização é preciso que haja uma comunicação em rede para além dos serviços da saúde, questão que rememora a IV Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos”, onde insere-se de modo fundamental o aspecto intersetorial para o cuidado em saúde mental (Brasil, 2010).

Existirem serviços implantados no município não necessariamente evidencia que há uma rede em funcionamento ou que os trabalhadores estão implicados em modos de cuidado antimanicomiais ou que as normativas das políticas estão em vigência, essa implantação não é o que garante “um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios” (Yasui, 2010, p. 68). Para Silvio Yasui:

[...] O Caps, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial, a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta (Yasui, 2010, p. 68).

A entrevistada narra as tentativas de fazer os equipamentos do território “entrarem” no CAPS, conta que a equipe costumava tentar realizar visitas nas UBS com o intuito de reuniões de matriciamento, mas eles relatavam um “não adianta ir” acompanhado, de sentir uma não-escuta por parte dos equipamentos da Rede. Então, eles começaram a tentar convocar profissionais da atenção básica para encontros e reuniões de matriciamento no próprio CAPS, eles denominaram esse projeto de “Matriciamento Reverso”, pois entendiam que a UBS ir até o CAPS era um movimento reverso, que ocorria raramente ou nunca. Sobre o projeto que iniciou em 2021, a entrevistada conta que tinha o intuito de realizar esses momentos no CAPS com todas as equipes da atenção básica pertencente ao território de abrangência:

Queríamos muito trazer essas pessoas pra cá, e a gente conseguiu, mas não fomos muito adiante. Nós dividimos por equipes de cada UBS e aí a primeira equipe a gente chamou – isso também pegando os números de todas as diretoras para ter contato direto, e inclusive levei essa ideia para várias pessoas, mas assim, é trabalho entende? Então não vai adiante – várias diretoras foram, várias que eu digo assim, foram 3, 4, em uma turma que nós pensamos assim “vamos chamar de 15 em 15”, e aí quando fomos chamar novamente não conseguimos, era um “não tenho tempo”, as pessoas não embarcaram nisso.

Esse esforço de tecer redes de comunicação para o cuidado em saúde mental, no entanto, muitas vezes recaía apenas sobre a equipe do CAPS, que se via sobrecarregada, isolada e findava cansando diante das tentativas de articulação e comunicação. A tentativa descrita pela gestora de criar um movimento de “matriciamento reverso” pode deixar rastros também da ausência de um modelo efetivo de apoio matricial consolidado no território. A gestora conta ainda que houve experiências exitosas desse projeto, pois as diretoras e equipes de saúde da família que estiveram presentes nos encontros seguiram mantendo contato com o CAPS sobre seus pacientes, o que refletiu significativamente no tratamento de cada usuário e no seu “caminho” diante do território.

Gastão Wagner de Sousa Campos (1999) constrói a ideia de apoio matricial como um “arranjo organizacional” que integra diferentes áreas e modos de cuidado à partir das equipes de saúde, onde “esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento” (Campos, 1999, p. 397). Ceccim (2006, p. 273), no movimento da “entredisciplinaridade” também convoca a pensar sobre o “alargamento das resolutividades individualizadas em profissões, constituindo o tramado matricial necessário para a realização das finalidades de cada projeto terapêutico. Fora da equipe não há matriciamento”. Essa proposta implica uma reorganização de uma clínica compartilhada, corresponsável pelo cuidado aos sujeitos, no entanto, os cotidianos institucionais acabam

inviabilizando esse modelo, com a dificuldade de se estabelecer uma escuta, um compromisso às vezes escasso e uma gama de desencontros. De fato, nos deparamos com uma “rede furada”, fragmentada, pois para se tecer os fios de uma rede de saúde é preciso o movimento e a implicação de várias mãos.

Entendemos que a costura de uma rede de saúde está intimamente ligada com as noções de território e isso também surge na fala da gestora quando comenta que esse é um “gargalo” na saúde mental:

[...] mas é isso mesmo, é o território, pra gente trabalhar em Rede, pra gente trabalhar, a gente precisa saber: que território é esse?

A gestora tensiona esse questionamento a partir do que observa da potencialidade que há na territorialização que ocorre na Atenção Básica, questionando por que não conseguimos alcançar também esse “mapeamento” na atenção especializada, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial. São os “trabalhadores, seja no campo da atenção ou gestão, que podem dar materialidade, fazer acontecer o cuidado em liberdade, o cuidado no território, o cuidado em rede” (Machado e Faria, 2024, p. 28). A gestora conta que tentou em conjunto com os profissionais do CAPS realizar esse movimento, propondo ir até as Unidades Básicas de Saúde do território para tentar construir um mapeamento, uma territorialização mais estruturada para o CAPS, mas que por outras questões a ideia não conseguiu ser materializada. Mesmo assim ela seguiu afirmando a importância: “Mapear é tornar palpável, nomear, existe um nome, existe um sentido, de poder um usuário dizer ‘eu moro nessa rua, eu sou de qual CAPS?, entende?’”.

Milton Santos já coloca a questão da construção de um território para além do mapa geográfico, é preciso que haja uma construção de sentido nesse mapeamento pois o território é “usado”, “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). Assim, para fazer um cuidado em saúde mental é preciso conhecer o território e as trocas que circulam nele, considerando os aspectos sociais, políticos, econômicos e as necessidades de saúde que marcam esse lugar, é preciso questionar e fazer ver o que há de emergente no território. E isso ocorre, também, a partir da instauração de uma rede que tensione essa construção, fazendo “andar a vida” dos usuários, dos profissionais e dos próprios equipamentos, em um movimento que promove autonomia, escuta e “reposicionamento subjetivo diante de si e do mundo” (Yasui, Luzio e Amarante, 2018, p. 187).

“O que fazer? Vamos fazer!”

Durante a entrevista, dialogamos sobre a entrada da gestora no CAPS nessa função, em que ela conta que, na visão dela e de alguns outros profissionais, o equipamento estava “funcionando como uma farmácia”, pois estando em um contexto de pandemia, os pacientes iam ao CAPS apenas para pegar seus medicamentos. Diante disso, argumenta:

Precisamos tentar trazer aquelas pessoas de volta para o equipamento, de forma segura para que se sintam melhor. Então, o que fazer? Vamos fazer! Vamos dividir em pequenos grupos, mantendo o distanciamento, mas fazer momentos em que elas procurem o equipamento, não só pela questão do medicamento, mas procurem como um lugar terapêutico em que elas possam passar.

A aposta da gestora ecoa as proposições de François Tosquelles quando fala sobre o lócus do cuidado em saúde mental como um lugar de passagem, em que é preciso que os usuários passem pelos serviços e sejam cuidados a partir de tecnologias outras, para além dos medicamentos. Pensar em criar essas condições para o cuidado, como a partir de trabalhos grupais, é ter como pressuposto que “o trabalho no campo da saúde mental deve ser baseado na participação ativa da comunidade”, é uma prática comunitária e, por isso, também uma luta política (Santos, 2024, p. 19).

Nesse cenário de necessária articulação e luta política, a gestora conta que para além das reuniões internas no CAPS, os profissionais começaram a reunir-se também de modo remoto por videochamada com alguns usuários, para escutar o que estes estavam enunciando e, a partir disso, construir possibilidades para que o CAPS fosse flexibilizando seu funcionamento. É nesse momento que surgem as falas sobre “a famosa piscina do CAPS”:

A escassez de recursos terapêuticos, até da própria humanização para o sujeito que tá naquele ambiente, de fazer parte de uma roda de conversa... mas eles estavam muito dentro desse contexto né, acho que a piscina ela veio, a famosa piscina do CAPS, veio como um grito que não era só sobre ela, mas também sobre uma estrutura. Talvez muito mais que uma piscina.

A gestora conta que em um dado momento o CAPS esteve com uma piscina em funcionamento, onde os educadores físicos promoviam práticas de cuidado. Foi um período antes da gestora entrar no serviço, mas ela pontua que a luta por uma piscina “perpetua na minha trajetória inteira”:

A piscina ela foi um ponto marcante ali de certa forma, porque esse CAPS é o que eu chamo de itinerante, ele é o CAPS que mais rodou dentro de Mossoró, porque vai se acabando vai pra outro canto, e o que vocês esperam das pessoas que assistem esse fim? ‘Isso aqui vai cair na minha cabeça, e aí vão botar a gente pra outro canto’. E isso vai cansar, tanto quem está trabalhando como quem está sendo assistido. Então assim, a piscina pra gente entender: eles chegam numa casa que tem piscina, e aí como

a casa tá novinha, a piscina tá funcionando, o educador físico começa a fazer trabalhos terapêuticos, de natação, de ginástica, e isso surte efeitos muito significativos, eles trazem a questão de diminuição do uso da medicação, existem vários efeitos benéficos e motivantes para aquelas pessoas. Só que essa piscina exige manutenção e o custo é caro, isso estamos falando de gestões e gestões passadas, desde que o CAPS abriu. Mas quando eu escuto “Piscina”, quando eu escuto o educador físico falar da importância, escuto um usuário falar da falta que ela faz, na própria conferência isso surgiu... eu sempre vi e escutei que eles não estão falando só da piscina, tem uma questão ali que a piscina ela entra como um objeto, ‘a gente nomeou esse objeto e a gente fala dele porque não consegue falar de um todo’, eu entendo isso, era uma casa em ruínas, era um ambiente insalubre, existiam coisas, que eu ficava: ‘Não é só uma piscina, como é que você fala de uma piscina em uma casa que não tem nem caixa d’água? Por que não falavam da caixa d’água? Por que não falavam sobre não ter como lavar as mãos?’

Partindo desse relato podemos compreender que a “piscina do CAPS” se torna um significativo coletivo, ocupando um estatuto de demanda, que enuncia um desejo de cuidado ampliado, de estrutura e de dignidade. A repetição da queixa/demanda sobre a piscina, inclusive em momentos de participação ativa dos usuários, como nas conferências de saúde mental, expressa a tentativa de enunciar sobre um cuidado por meio do qual lhes era mais visível. Literalmente visível, pois nas casas em que o CAPS já foi e é situado a piscina ocupa um lugar central, onde muitas vezes os trabalhos grupais ocorrem ao lado dela, do buraco deixado por ela³.

Tomando a perspectiva da piscina como uma demanda dos usuários, endereçada ao serviço, a questão ética que surge é quais modos serão encontrados para manejar essa demanda, pois como bem escreve Ana Marta Lobosque (2020, p. 69), “acolher uma demanda não é simplesmente atender um pedido”. Parece que a gestora se questiona sobre isso quando coloca a piscina no lugar de objeto que pode representar outros “buracos” existentes no CAPS. Ampliar esse entendimento da demanda para além do que está sendo pedido coloca os profissionais da saúde mental em uma posição de escuta e acolhimento, afinal, quem é esse que está demandando?

Para isso, Lobosque (2020, p. 75) assinala três termos indispensáveis nesse manejo com a demanda dos usuários: o “*acolhimento*: a aceitação do apelo contido na demanda; *vínculo*: a decisiva relação que se estabelece entre técnico e paciente a partir dessa aceitação; e *responsabilização do cuidado*: o compromisso inalienável que não nos permite recuo após acolher e vincular”. Destacando, ainda, que é por intermédio das políticas públicas que as demandas dos usuários podem ser escutadas e legitimadas, inclusive considerando a singularidade de cada sujeito e de cada lugar de cuidado.

³ É bom lembrar que estamos falando de uma cidade cuja temperatura média ao longo de todos os meses do ano é 36° C.

Desse modo, é preciso encontrar saídas que construam elos entre os seguintes aspectos: a função de cada um e da equipe, as demandas dos usuários, as proposições que norteiam o funcionamento de um CAPS e os recursos existentes no território. Assim, “há uma ética que perpassa todo esse trabalho” e essa precisa situar-se pela via da transformação social, onde o “percurso se concretiza a cada gesto cotidiano de cuidado com o sofrimento psíquico” (Yasui, 2010, p. 112).

A gestora pontua que não acredita no tecer de um trabalho em saúde mental desatrelado ao fazer do artista, da arte como possibilidade de vida e de cuidado. Conta que o CAPS irá se mudar novamente, dessa vez para uma sede própria que, pela primeira vez, não será em um “formato de casa” (e não terá uma piscina), a gestora pontua que não sabemos quais implicações isso terá no cuidado e que encontra pontos importantes como uma maior quantidade de salas, incluindo salas de grupos, mas que também se preocupa com a falta “dos espaços abertos”, que sempre foram marcantes e importantes para o caminhar das ações no serviço.

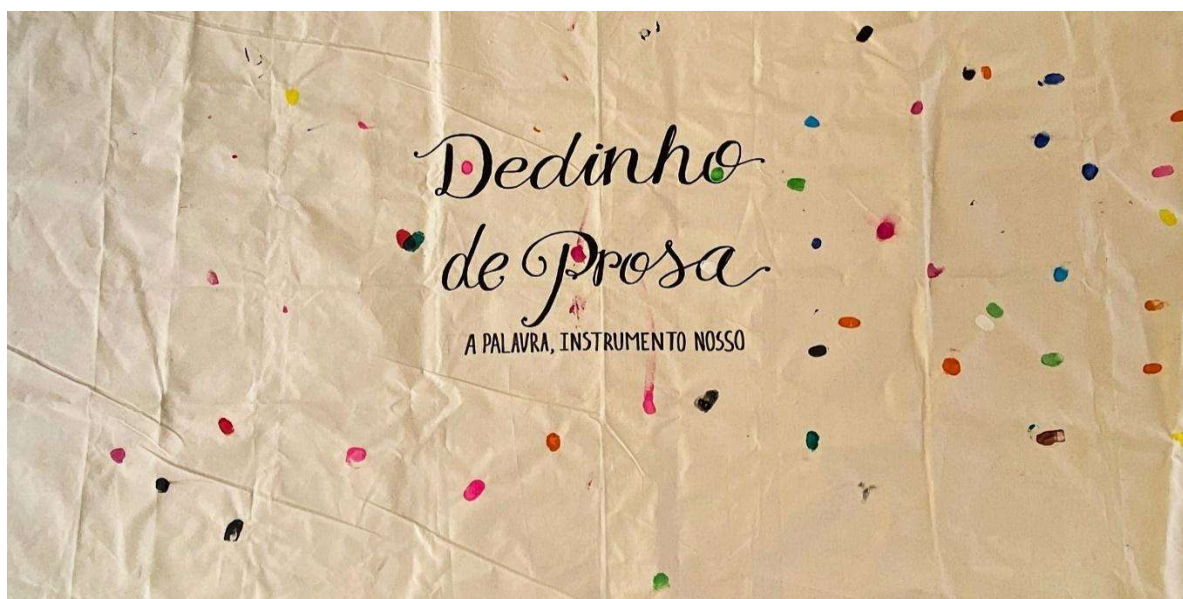
Estamos falando de uma estrutura que foge ao que estávamos habituados, então penso que cabe também a equipe fazer um trabalho humanizado naquele lugar, para que lá não se torne uma UPA [Unidade Pronto Atendimento], um CER [Centro Especializado de Reabilitação], um PAM [Pronto Atendimento Municipal]. Eu fico imaginando: O que a gente vai fazer quando chegar ali naquele lugar? A gente vai tornar ele, o máximo que puder, em um lugar de arte, com muita exposição, um trabalho que eles cheguem e vejam ‘ali foi um trabalho que a gente fez’, ‘aqui foi uma oficina que produzimos’, porque é um lugar que foge muito ao que estamos adaptados.

Yasui e Costa Rosa (2008, p.33) escrevem sobre a lógica ambulatorial muito presente nos modos de funcionamento do CAPS e que isso não se assemelha ao que propõe de fato um funcionamento de atenção psicossocial, esse dito se apresenta na fala da gestora com a preocupação de que o CAPS se torne ou se assemelhe à equipamentos ambulatoriais. Essa questão de uma “fase de transição”, segundo Amarante (1996, p. 22) surge com Basaglia, quando pontuava que não conseguimos alcançar o que irá ocorrer na próxima fase, pois “essa não é uma realidade estática, em equilíbrio, mas em construção, de invenção prático-teórica”, é um movimento cujos contornos possíveis só conseguiremos ver à posteriori.

Assim, se encontram e se criam dispositivos que possibilitem a construção de um serviço de saúde mental e a escuta a esses sujeitos, seja por intermédio da arte, da palavra e das mais variadas práticas de cuidado. Dentre estas, a gestora cita a existência do Dedinho de Prosa, colocando-o em um lugar de “reinícios diante da angústia”, como algo que abriu portas para os sujeitos retornarem ao CAPS no lugar de ser-falante.

Grupo-Dispositivo Dedinho de Prosa

Imagem 4: Tecido do “Dedinho de Prosa” com as marcas do dedinho de cada participante, Mossoró, 2025.



Fonte: Acervo pessoal.

Dos encontros no Dedinho de Prosa

Fazer-se amar? Fazer-se notar? E por que não? Agora é a vez de vocês, tomem as suas marcas! Formulem suas observações! (François Tosquelles. Santos, 2024, p.172)

O grupo-dispositivo “Dedinho de Prosa” é parte fundamental dessa pesquisa-intervenção e teve como tema central de discussão “Proseando sobre saúde mental: o cuidado que temos e o cuidado que queremos”. Os encontros do grupo ocorreram no espaço aberto do CAPS II em três dias diferentes (com o espaço de quinze dias entre cada encontro), seguindo a proposição de cada eixo, sendo estes: Eixo I: O fio da prosa; Eixo II: Arte e Cultura; e Eixo III: Educação em saúde. Entendendo que para que o grupo ocorresse era preciso uma aproximação com o campo e com as pessoas que lá circulam, realizei visitas periodicamente para convidar os usuários e para convidar os profissionais a receberem a proposta de pesquisa. Nesses momentos a recepção sempre foi calorosa, sendo possível construir diálogos potentes com a gestora, o educador físico, a psicóloga, a assistente de serviços gerais, as recepcionistas e o digitador. Assim, a pesquisa-intervenção já estava acontecendo e a construção de um laço entre pesquisadora e campo também.

Uma dessas visitas merece especial narração, pois me apresentei para o grupo que receberia o dedinho de prosa, encontro possibilitado pelo educador físico e pela psicóloga. Na ocasião, sustentei o convite e as primeiras enunciações coletivas já entraram em cena, os

sujeitos surgiam se apresentando e falando sobre suas autorias, entendimentos de cuidado, experiências e identidade, me convocando também ao trabalho de escuta. Esse encontro foi escrito no diário de campo que se segue (esse momento ocorreu antes da assinatura do TCLE, mas somente foram destacados nesse diário de campo os participantes que posteriormente assinaram os termos). Em seguida, traçaremos uma escrita sobre aquilo que foi possível pinçar dos encontros do grupo, com base no que surgiu da fala de cada participante do Dedinho de Prosa.

Diário de Campo: convite aos autores-atores-participantes

Retornei ao CAPS hoje, terça-feira, dia 06 de maio de 2025, para reforçar o convite aos usuários dos grupos da terça à tarde para construírem a pesquisa conosco. Tinha uma média de 22 usuários presentes no momento, incluindo o educador físico e a psicóloga, os quais receberam a mim e a nossa pesquisa de um modo muito feliz, acolhedor e entusiasmado. Na oportunidade da visita também consegui encontrar e conversar com o digitador do CAPS, outro encontro feliz, pois na conversa compartilhamos os dados quantitativos de pacientes e de ações/atendimentos realizados desde outubro de 2024, informação de valia para a pesquisa.

Às 14:10h me dirigi à área externa do equipamento (onde ocorrem os grupos) e fui apresentada aos participantes pela psicóloga e pelo educador físico. Me apresentei, falei sobre o meu laço desde 2021 com o CAPS, demarcando o meu desejo de pesquisa. Apresentei a pesquisa como *nossa*, explicando que a intenção é construir uma escrita a partir da escuta em grupo e das elaborações de cada um sobre o cuidado em saúde mental. Re-apresentei também o “Dedinho de Prosa”, o qual alguns conheciam e outros aparentemente se propuseram a conhecer. Também destacamos alguns aspectos burocráticos do TCLE sobre o sigilo, a liberdade de escolha, o uso de pseudônimos - e foi aqui que os diálogos começaram. De fato, a pesquisa-intervenção já vem acontecendo a cada pequena-grande visita ao campo.

Ao falarmos sobre a escolha e o uso de pseudônimos para proteger a identidade e seguir as normas de pesquisa, muitas questões surgiram. Dona Primavera então diz: “não concordo. Quero usar meu nome, viu minha filha? Nem se preocupe, eu autorizo! Pode botar meu nome, quero que saibam que fui eu que falei”. O educador físico, então, brinca sugerindo nomes parecidos com o de dona Primavera e explica sobre as normativas para realização de pesquisas no Brasil, mas ela segue: Mas se é minha história e o que eu acredito, porque vai ter outro nome para dizer o que eu tô dizendo?” De fato, Primavera, o nome é uma das coisas mais próprias e preciosas que cada um carrega consigo, nesse momento me pego a pensar: como fica a questão do sigilo quando o sujeito quer de fato, com seu nome, seu corpo e sua história, fazer parte da

pesquisa? Então, para todos aqueles que assim se posicionaram nas escolhas de seus nomes, assim serão respeitados⁴.

Jotapê então levanta a mão: “eu não vou falar por todo mundo, mas eu, o autor, vou ler e vou saber que aquilo é parte de mim. Qualquer nome que tiver lá, eu vou saber que fui eu quem disse” e seguiu defendendo seu ponto e contando sua história: “quero ser reflexo para as outras pessoas, aquelas que têm preconceito com o CAPS ou com suas próprias doenças mentais”, pois ele também era assim. Conta que quando finalmente chegou ao CAPS só aceitava ir às consultas com psiquiatra e psicóloga, pois não queria expor para mais pessoas as suas dores e fragilidades, mas diz que “uma chave virou” e passou a participar dos grupos, então acha que participando da pesquisa (a qual ele chamou de “documentário”) pode fazer também com que outras pessoas leiam o que ele falou e escreveu e cheguem até o CAPS, fazendo também com que “pessoas preconceituosas” sejam menos agressivas em espaços públicos e no trabalho, como já foram com ele.

Mary diz que concorda: “queria usar as mesmas palavras que você, também penso assim. Quando eu for ler a pesquisa vou ver que foi eu quem disse aquela parte, mas gostei de poder escolher um nome”, nos contando que nunca gostou do seu nome e, então, inventou um “apelido” que é como todos a conhecem. Só usava o nome de registro quando era preciso para assinar mesmo. Até no CAPS assinava com seu nome-apelido, porém, diz que após iniciar as terapias no CAPS até aceitou seu nome e agora tem mais de um, usa os dois. Mary conta também que morava e fazia tratamento em outro estado brasileiro e que o CAPS de lá não era como esse aqui, que lá ela só ia para pegar os remédios, ir ao médico e às vezes à psicóloga, mas que “não tinha essas rodinhas que fazemos aqui sempre” (ela se referiu aos trabalhos grupais) e continua: “lá não chama nem de hospital, como a gente chama aqui, lá não tinha São Camilo e Milton Marques [nomes do antigo e do novo hospital psiquiátrico da cidade] para o pessoal ser internado, lá chamavam de manicômio, dizem que é pior, né?”. Entramos em um breve diálogo sobre a proposta do CAPS como um equipamento que está dentro do território e que é isso também que o diferencia de um manicômio, pois as pessoas não ficam trancadas, elas recebem o cuidado e seguem convivendo em comunidade. Cícero diz: “é isso, o CAPS é um intermediário, né?” Entendemos que aqui ele se referia ao CAPS como um equipamento da atenção secundária especializada, mas entendi também que realmente ele está certo, o CAPS deve ser um intermediário do cuidado, entre o sujeito, a saúde, a comunidade... e talvez um

⁴ Em um movimento de construção coletiva, foram escutados os pseudônimos autodesignados por cada participante durante o início do grupo “dedinho de prosa”, os quais foram respeitados e utilizados no decorrer da dissertação.

mediador também, aquilo que interfere para que algo seja conduzido à alguém e posteriormente, transformado.

Eixo I: O fio da prosa

Antes de iniciarmos de fato o encontro do grupo, dialogamos sobre a pesquisa e seguimos pelos esclarecimentos e necessária assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que embora reconhecido como protocolo ético indispensável, produziu um certo enrijecimento inicial na circulação da palavra, caminhando para uma atividade mais formalizada do que se desejava para o grupo-dispositivo, o qual havia sido pensado como espaço de associação livre da palavra. Apesar dessa questão inicial, foi possível construir um momento de construção coletiva potente. Após isso, os usuários se apresentaram e escolheram seus nomes/pseudônimos, elucidando a forma com que gostariam de aparecer na pesquisa.

A arte “fio condutor” da prosa foi a poesia que consta na epígrafe inicial deste trabalho, construída coletivamente pelos usuários do CAPS, na intenção de narrarmos o cuidado em saúde mental, a partir de uma escrita já existente como possibilidade para outras escritas-falas surgirem. Desse modo, as prosas sobre o cuidado em saúde mental no Eixo I serão organizadas nessa seção a partir dos enunciados que surgiram e que se repetiram nas falas dos usuários.

“Eu teria desembrulhado meus sentimentos”

Se eu soubesse da minha doença desde o início, eu teria desembrulhado meus sentimentos e não precisaria ter me internado (Maria)

Nos diálogos em torno das experiências de cuidado de cada um, Maria surge falando sobre a dificuldade em chegar ao diagnóstico de sua doença e, conseqüentemente, denuncia a falta de um tratamento adequado. Maria passou por diversas internações no hospital psiquiátrico, onde os meios de tratamento eram, em sua maioria, o enclausuramento e as práticas de medicalização, o que não haveria de permitir o desembrulhar de seus sentimentos. Se dispor a escutar essas enunciações evidencia o quanto as práticas de medicalização e silenciamento dos sujeitos são e sempre foram ineficazes, onde a instituição “além de não intervir na qualidade de saúde dos internos, era, segundo seus críticos, o produtor e mantenedor do adoecimento, responsável pelo alto índice de mortalidade e cronificação dessas pessoas, gerando inúmeras incapacidades sociais” (Dalmolim, 2006, p. 90). É nesse sentido que Basaglia (2010) destaca que as instituições psiquiátricas podem atuar de modo a barrar os sujeitos em suas possibilidades de “conquistar” a própria subjetividade, impossibilitando o acesso a outros

modos de existência que não os da normatividade imposta.

Quando Maria diz da possibilidade de desembulhar os sentimentos como uma saída diante de seu sofrimento psíquico, rememoramos a escrita de Lobosque (2020, p. 280) sobre “a dor de existir”, em que nos modelos tradicionais de des-cuidado, essa dor é frequentemente transformada em psicopatologia, convertida em diagnóstico, medicalizada sem precedentes e submetida a critérios avaliativos que operam com a régua da normalidade. Tudo isso, “em nome da ciência”, como alerta a autora, que nos convida a tensionar os modos como o saber-poder de alguns fazeres *psis* lançam mão de uma racionalidade biologicista para operar de modo excludente.

Sobre essa questão, cabe diferenciar o processo de medicalização da prescrição medicamentosa como recurso possível ou necessário, a depender da direção do tratamento em saúde mental. Luciana Caliman contribui nesse debate ao mostrar que a medicalização é um processo que ultrapassa o uso dos medicamentos, incidindo como uma norma de conduta e existência, transformando-os em tecnologias de controle quando a prescrição de remédio passa a ser o centro das ações de cuidado e é vista como solução imediata, não mais uma entre outras possibilidades, mas como via única. Essa centralidade dá lugar à “medicamentalização”, isto é, ao uso da medicação como forma de normalização dos modos de viver, aparecendo como um “processo de radical redução da complexidade de nossas formas sempre relacionais de agir e sentir, incidindo diretamente na nossa capacidade coletiva de reformulação e invenção da vida, buscando sufocá-la, diminuí-la, dominá-la” (Caliman, 2016, p. 50).

Desse modo, ao escutar a fala de Maria, “se eu soubesse da minha doença”, ela parece não estar apenas reivindicando um diagnóstico ou a nomeação de algo resultante da determinação biológica ou do saber do outro, ela aponta, sobretudo, para a importância de um cuidado que permita o reconhecimento e a construção de relação própria de suas experiências, dos acontecimentos que tocam seu corpo, como aparece na música “chuva no mar”:

Coisas transformam-se em mim
É como chuva no mar
Se desmancha assim em
Ondas a me atravessar
Um corpo sopro no ar
Com um nome pra chamar
É só alguém batizar
(...)
Tudo o que o olho alcançar
E o que ninguém escutar

Entende-se, portanto, que essa nomeação pode realizar-se na medida em que há espaço para a palavra, para o tempo de escuta e para a invenção de si, possibilitando um destino criativo para “isso que invade”. Dessa forma é preciso “escutar, acompanhar. Sustentar um tempo que rivaliza com as urgências, com a demanda por respostas rápidas. Tempo que abre espaço para a dúvida e a incerteza que só podem ser vividas quando coletivamente sustentadas” (Caliman, 2016, p. 59). Lobosque (2020, p. 266) em seu texto “Loucura e civilização: buscando cabimentos” questiona “o que seria uma maneira civilizada de lidar com a loucura” ou, ainda, “como seria uma civilização na qual a loucura pudesse encontrar algum cabimento, sem reagirmos a ela por meio de seu silenciamento e de sua exclusão”. Certamente, não temos uma resposta única para as questões e também não conseguiríamos responder sem escutar esses sujeitos tantas vezes silenciados. Para tanto, registramos as falas de alguns usuários participantes do grupo sobre o modo com que encontram seus “cabimentos” diante do caminhar na vida, em sua família e nas instituições.

Em um dado momento, questiono o grupo: “fazer uso da medicação é também uma prática de cuidado?”. Mary – usuária que frequenta esse CAPS há poucos meses, mas que vêm de internações e de passagens por instituições psiquiátricas no estado do Paraná/PR – me responde e conta a sua forma de “colocar a dor pra fora”: “quando eu não tomava o remédio, quando eu não frequentava a psicóloga direito, eu vivia internada. Hoje que eu tomo direitinho, não fico mais internada”. Segue falando:

Quando eu falo, aquelas coisas dentro de mim vão saindo. Eu tenho umas bonecas e gosto de conversar com elas. Foi um meio que eu encontrei de falar. Falo com minhas bonecas, muitas vezes não tenho com quem falar. Por isso, fui encaminhada pra cá, pra poder falar. Não falo bonito, mas falo do meu jeito. A gente vem pra cá pra conversar. Quando a gente não fala, a gente escuta e vai pegando o que a gente acha bonito... pra viver (Mary).

Angelina Jolie vem frequentando o CAPS há três anos e conta que tem sido muito importante estar lá, percebendo muitas mudanças em si e nas pessoas que frequentam junto dela: “o cuidado com si mesma, a questão do entrosamento, da conversa, as pessoas começam a se vestir melhor, a fazer amigos, eu acho lindo”. Conta que sobre a medicação, no caso dela, é diferente, pois diz ter “automutilagem”: “eu só penso que é a única coisa que alivia a dor, a sorte é que eu tomo remédio pra dormir e fico sem força na mão pra finalizar”. Ela segue elaborando sua fala sobre o quanto fica assustada ao precisar atravessar esses momentos de

angústia, onde o problema não é tomar o medicamento, mas o porquê de precisar continuar tomando. Jotapê escuta Angelina e continua o diálogo sobre o uso de medicações:

Parece que a partir do que surgir como obstáculo, a gente vai adquirindo eles [os remédios] como forma preventiva. Os desafios foram vencidos de acordo com as fases, eu fui avançando com terapias e com a própria medicação. A gente que tem pressão alta, se não tomar medicamento, o que vai acontecer? Vai dar um problema, né. Então a gente prefere tomar um medicamento para essa pressão não subir. Hoje eu tomo carbonato de lítio, ele é um controlador, então eu tenho consciência que eu vou precisar de muito tempo desse controlador. Então o médico vai dizer até que ponto eu vou precisar de um controle. Ele vai dar alta do medicamento, mas eu tenho que me autocuidar para não adoecer novamente. Então estar aqui também é um autocuidado (Jotapê).

Ao escutar sobre as terapias, outros participantes também começaram um diálogo sobre o CAPS, o que é para eles a ida aos grupos, aos atendimentos com a psicóloga, às práticas de exercício com o educador físico, segue o diálogo:

Muitas vezes eu estava no fundo do poço e quem me tirou foi a psicóloga, com a palavra (Fransuá)

Aqui não tenho vergonha de dizer o que eu sinto, o que passa na minha vida. Nas primeiras vezes que tive crise, chegava a desmaiar. Minha família dizia que era o demônio. Tentei contra a minha vida duas vezes. Aqui eu entendo que cada um tem seus problemas e que tem problemas que ninguém sabe. Sempre aprendo muitas coisas no CAPS (Primavera).

Quando me sinto só, sinto vontade de conversar, ainda bem que eu venho pra cá (Lorena)

Aqui tem todo cuidado, assim que a gente chega, até as meninas da recepção dão cuidado (Primavera).

É... como a fala é importante. Às vezes só uma palavra. Aqui a gente encontra isso (Fransuá).

Conceição Evaristo (2016, p. 67) em “Olhos d’Água” diz que gosta de “ver as palavras plenas de sentido ou carregadas de vazio dependuradas no varal da linha. Palavras caídas, apanhadas, surgidas, inventadas na corda bamba da vida”. Esse movimento de dizer é pontuado por Élide Tessler (2012, p. 203) quando sugere que “aquele que solicita a palavra sabe que não está pedindo pouco”, e os usuários parecem falar do CAPS como um lugar onde a palavra pode ser apanhada e encontrar uma língua em comum. Para tanto, “o exercício da palavra, sobre as várias formas possíveis, exige mãos à obra”, exige disponibilidade para uma escuta que não é neutra, colocando-se como um movimento político e subjetivo (Lobosque, 2007, p. 56). Essa questão também surge no Caderno do HumanizaSUS (Brasil, 2015) quando dialoga que a primeira borda oferecida por um grupo vem da palavra, do acolhimento ao sem-sentido de cada

sujeito. Assim, se constrói um cuidado a partir da palavra e da escuta, direcionando um tratamento “nunca a priori, e sim a partir daquilo que cada qual traz consigo. Afinal, descobrimos em cada problema a sua mais fértil possibilidade de solução, quando encontramos a maneira mais justa de formulá-lo” (Lobosque, 2007, p. 56).

É dessa forma que o CAPS se constitui como instrumento capaz de fazer laço social, fortemente explicitado nas falas dos usuários quando nos convidam a olhar para esse CAPS como um equipamento que pode descortinar os diagnósticos. A poesia coletiva que abriu o encontro também enunciava isso: “A fala é uma grande possibilidade de inventar várias saídas, é por meio delas que escuto minhas palavras nunca ouvidas, a fala nos permite todos os dias esperar, mas para que ela aconteça alguém tem que nos escutar, nem que seja pela arte, que é amor, é a criatividade do dizer”. A palavra, quando escutada, torna-se recurso de reinvenção do existir. E o CAPS, quando faz circular a palavra e sustenta o gesto de escutar pode se tornar aquilo que Maria nomeou: um lugar de desembrulho.

“Eu falo o que eu sinto na pele”

Eu falo por mim. Se vocês também se identificam, é por mera coincidência. Eu falo o que eu sinto na pele (Jotapê).

Em torno dos diálogos no grupo sobre cuidado surgem também enunciações sobre momentos em que os usuários foram descuidados, seja por falta de escuta, por preconceito, por serem estigmatizados ou por falta de acolhimento, contam o que sentem na pele. Compreendemos com Goffman (1982, p. 8) que a sociedade ao estigmatizar os sujeitos lhe confere o estatuto de um ser “não completamente humano”. Tende-se, então, a discriminá-los e a reduzir “suas chances de vida”, onde o termo estigma refere-se a algo “profundamente depreciativo”. Entendendo essa noção, Paulo Amarante demarca como importa, para nós, as discussões em torno do estigma e da exclusão social dos usuários, pois ao escrever sobre a desinstitucionalização baseada em Franco Basaglia, comenta sobre a percepção de uma “problemática da exclusão e estigmatização social” que faz nascer as noções prático-teóricas fundamentais para orientar o trabalho na construção de uma “invenção” capaz de pensar “novas estruturas assistenciais e terapêuticas” (Amarante, 1996, p. 86).

Importa questionar como, diante de um cenário que desumaniza os sujeitos, estes podem escapar do sofrimento psíquico. A professora de psicologia social Bader Burihan Sawaia (2001,

p. 104) escreve sobre a noção de sofrimento ético-político dos sujeitos que não são socialmente legitimados, elucida as vidas mutiladas diante da “dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor”. Essa questão apareceu de forma marcante nas enunciações dos usuários nos três encontros do dedinho de prosa, em que demarcam que da porta do CAPS para dentro eles existem e são cuidados, mas da porta para fora são invisibilizados, marginalizados e tratados com preconceito. Diz Jotapê: “Dentro do CAPS somos cuidados, mas dessa porta para fora, infelizmente, a realidade é outra, seja na família, no trabalho ou na roda de amigos”. Girassol complementa dizendo que “aqui a gente tem o acolhimento que não tem lá fora”.

Jotapê também conta sobre uma cidade onde os pacientes não são nem “chamados pelo nome, lá eles são doido fulano de tal”. Nesse momento, os usuários passam a dialogar sobre a importância que seria se as “campanhas coloridas que fazem aqui”, fossem feitas também para as pessoas que estão fora do CAPS, para a sociedade como um todo, pois serem respeitados no cotidiano também deveria ser uma forma de cuidado. Sobre isso, Jotapê complementa:

O mundo lá fora não tem o conhecimento que nós temos aqui. Então, é muito fácil falar de nós de uma maneira preconceituosa quando se fala em CAPS, quando se fala em Milton Marques. Primeira coisa que vem no pensamento das pessoas é esquizofrenia, o nome gourmetizado para a loucura, né? Aí fulano de tal é depressivo, vem uma série de preconceitos sem nem saber da história daquela pessoa.

Fransuá então fala: “Dizem que é porque a gente tem a mente fraca” e a dona Rosa, usuária dos serviços de saúde mental de Mossoró desde o ano 1989⁵, complementa que “quem procura o CAPS, procura por ajuda. A família não acredita em ansiedade, em depressão. A doença mental não tem o remédio para ficar curada. A doença mental não é loucura. A gente aqui não é louco”. Temos de pensar não apenas sobre o lugar que os ditos loucos ocupam na sociedade, mas na necessidade de problematizar a palavra “loucura” (como tratado no capítulo de marcos teóricos, conceituais e políticos desta pesquisa). Para Paulo Amarante (1996, p. 114), essa estigmatização em torno da loucura “legitima a condição de não-cidadão, de não-sujeito”, pois onde quer que os sujeitos estejam sendo tratados, ao serem inseridos na categoria “louco” serão “despossuídos de seus direitos, não apenas sociais, civis e políticos, mas de ser uma pessoa, de ter seus desejos e projetos”.

Escutar essas questões que atravessam fortemente os sujeitos em todos os âmbitos de

⁵ Rosa começou a ser acompanhada pela Unidade Integrada Saúde Mental – UISAM, passando ao longo dos anos por internações nos hospitais psiquiátricos e atualmente segue seu acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial II.

sua vida nos deixa a obrigação ética e política de seguir lutando, combatendo e pesquisando os modos de exclusão e estigmatização dos sujeitos, fazer esse movimento transpassado pelas emoções daqueles “que a vivem é refletir sobre o *cuidado* que o Estado tem para com seus cidadãos. Elas são indicadoras do (des)compromisso com o sofrimento do homem por parte do estado, da sociedade e do próprio indivíduo” (Sawaia, 2001 p. 99). Portanto, faz-se necessário retomar a questão dos fazeres direcionados à desinstitucionalização para pensar as rupturas que estão sendo produzidas na efetivação de um cuidado em saúde mental:

A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa - prática e teoricamente - novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos (Amarante, 1996, p. 115).

Vimos com Basaglia (2010, p.49) que é preciso colocar a doença e suas classificações entre parênteses para que se possa olhar para o sujeito em sua “modalidade humana”. Nesse sentido, o autor afirma que “o tratamento do doente mental deveria tender à reconquista de uma liberdade perdida, de uma individualidade subjugada”, apontando a tutela e o enclausuramento como dispositivos de negação da subjetividade. O manicômio, em seu aspecto de espaço físico ou aparecimento discursivo, nasce historicamente para “a defesa dos sãos”, delimitando o território da normatividade social. Assim, a proposta da desinstitucionalização inclui, como lembram Rotelli, Leonardis e Mauri (2019, p. 32), “reconstruir o direito e a capacidade de palavra”, em que os sujeitos possam “conhecer por si mesmo[s] os limites de sua doença” (Basaglia, 2010, p. 38). Torna-se possível seguir essa direção quando “nos unimos a outros, alargando o nosso campo de ação” (Sawaia, 2001, p. 116), pois não há como enfrentar de modo individualizado uma luta que é, e sempre foi, coletiva. Como demarcam Sivinsk e Paulon (2016, p. 57), é preciso construir um enfrentamento ao estigma da loucura de modo coletivo, pensando que a autonomia dos sujeitos “precisa ser construída em rede, com dispositivos de atenção que sustentem o princípio de participação da comunidade na produção de saúde”.

“Por mais que sejamos invisíveis”

Faltam políticas públicas. (Fransuá).

Durante todo o encontro do Dedinho de Prosa, entre os diálogos sobre o cuidado, os participantes sempre exaltavam o aspecto político e administrativo necessário (às vezes faltoso) para com os usuários, profissionais e equipamentos da rede municipal. Desse modo, eles incitaram uma discussão (diríamos também que um protesto) em torno da falta de políticas públicas, como declarou Fransuá. Francisco Raimundo complementa, dizendo que “deve ser porque acham que pacientes de CAPS só causam despesas. Não somos vistos como prioridade”.

Seguindo, Jotapê afirma: “Por mais que sejamos invisíveis, aqui a gente vê e sente os bons profissionais daqui. Se nós não existíssemos, isso aqui (o CAPS) não existiria. Então, por que não dar melhorias?” Uma fala precisa para não esquecermos que o CAPS, a Rede de Atenção Psicossocial e os dispositivos de cuidado que acessamos hoje existem porque a luta coletiva não cessa de se inscrever, existe como um tecido que vem sendo costurado há anos pelo movimento dos trabalhadores em saúde mental, por profissionais que estão inseridos nesse contexto, por usuários e seus familiares, inclusive nos momentos de articulação popular e instância participativa das Conferências de Saúde Mental. Para Sivinsk e Paulon (2016, p. 58), “a política de saúde mental e seus dispositivos decorrentes só terão continuidade e conseguirão sustentar os princípios que carregam, se conseguirem alcançar o seu coletivo, com participação e discussão com a sociedade para a devida transformação cultural”. Jotapê vai ao encontro das autoras quando prossegue defendendo, de um modo muito bem articulado, que os usuários do CAPS estão na base de uma pirâmide:

Eu acho que a gente tem que se sentir privilegiado sim por existir essa unidade. Por mais que tenham muitas coisas a desejar, por mais que nós sejamos invisíveis às vezes, por mais que essa unidade aqui praticamente seja invisível ao olhar de muitos. Nós temos que nos sentir privilegiados, pois os profissionais são cuidadosos, a gente vê, a gente sente. Então como seria se dessem um melhor respaldo financeiro para eles, como seria? Se nós não existíssemos, se não tivesse esse grupo, se o CAPS não tivesse pacientes, essa unidade não existiria. Então de certa forma todos dependem de nós. Então, por que não dar melhorias para quem lhe dá o sustento?

Sua fala denuncia a inversão de prioridades na gestão pública, onde os sujeitos do cuidado, usuários, familiares, trabalhadores, são deixados à margem, ao passo que os recursos se direcionam de um modo que reinstaura a lógica manicomial, como lembra Sidney Magal “o pior de tudo é que a própria administração pública não está sabendo gerir isso, está misturando tudo. Por exemplo, as obras estaduais que eram para serem destinadas para o CAPS, estão indo para o hospital psiquiátrico. Aí falta recursos, infraestrutura e conseqüentemente, cuidado”. Dessa forma, os usuários dão ainda mais vazão à questão formulada por Silvio Yasui (2019, p.

225): “como sustentar as nossas apostas em modos diferentes de produção de cuidado, de saúde e de vida em um cenário de forte desinvestimento nas políticas públicas?”

Os usuários relatam que sentem uma certa “desvalorização” desse lugar que é tão importante e valorizado por eles, Rosa questiona: “onde estão os políticos? Quando eles vêm aqui? Eles não olham para a gente. Até parece que aqui não tem votos e mídia para eles”, e Jotapê encerra o encontro dizendo que “é de extrema importância ter um CAPS, como é de extrema importância ter uma UTI”. A contundência desses relatos nos coloca a pensar a urgência da saúde mental na realidade de cada município e suas considerações (ou não) na formulação de políticas locais. Sobre políticas públicas e a construção de uma rede de saúde mental, Lobosque comenta:

Uma direção da política pública, é claro, tornou-a possível, mas essa direção fomos nós, militantes dessa luta, que lhe soubemos imprimir, seja por nossa presença como movimento social, seja pela experiência cotidiana nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Lobosque, 2020, p.78).

Questiono se há em Mossoró essa presença do movimento social ou dos “militantes” nas secretarias ou na gestão dos serviços, ou ainda, quando há estes “trabalhadores militantes” se estes são escutados para a formulação de políticas ou projetos de cuidado na saúde mental. Ana Marta Lobosque (2020, p. 64) nos diz que é no município que a reforma psiquiátrica acontece, então para que haja reforma em um lugar é preciso mover-se a conhecer as necessidades, os pontos de atenção, as demandas emergentes no território, onde para que seja possível traçar planos de ação e reconhecer as prioridades é preciso conhecer o “chão que se pisa” (Sidney Magal). Por isso, Rosa é precisa quando questiona por que que os gestores ou líderes políticos não se aproximam para conhecer o chão que os usuários pisam diariamente, ou para escutá-los sobre como tem sido a caminhada.

Assim, a fala dos participantes enuncia suas potências como formuladores de políticas públicas, reconhecendo que é preciso dar condições para que o CAPS siga sendo um lugar de escuta, acolhimento e tratamento, sendo necessário preservar suas condições materiais e a valorização dos trabalhadores e dos próprios usuários que fazem o serviço existir.

Eixo II: Arte e cultura

O encontro II teve como eixo “arte e cultura”, portanto, para que fosse possível uma construção a partir da arte, foram dispostos materiais para pintura, recorte, colagem, escrita ou o que fosse possível para cada usuário criar. Diferente do primeiro encontro, neste o “fio

condutor” foram as memórias sobre cuidado que cada usuário carrega consigo. No início do encontro, os participantes foram convidados a partilhar memórias como um modo de ecoar suas lembranças sobre cuidado, podendo narrar momentos que deixaram marcas em suas vidas, para que pudessem, a partir disso, produzir artisticamente sobre suas marcas-memórias.

Coelho *et al.* (2025, p. 5) nos dizem que trabalhar com a escuta das memórias “enquanto campo de inscrições e de marcas”, possibilita que os sujeitos escapem do esquecimento e se situem em uma “elaboração que traz força para se posicionar” e que é preciso “nomear e dizer o que se passa conosco, como vivemos e de que maneira desejamos existir para sairmos da sujeição alienada de ser falada pelo outro”.

Imagem 5: Tecido do “Dedinho de Prosa”. Mossoró, 2025.



Fonte: Acervo pessoal.

Diante de tantas nomeações diagnósticas, imposições de como se deve ser e agir, sentir e falar, entendemos que é urgente abrir margem para que os sujeitos rememorem sobre seus caminhos, como possibilidade para elaborar aquilo que se sente. Elaboraões que, nesse caso, emergem pela via da arte e da palavra.

“Eu desenho com palavras”

Dandan pede a palavra e diz “sim, eu gostaria de compartilhar um momento que considero ser de superação”. Compartilhando suas memórias sobre o início de seu tratamento de saúde mental na UISAM, no ano de 2012, lugar onde ele diz que o ajudaram muito:

Foi um ano para começar a me tratar. Os primeiros meses de tratamento, eu ficava recluso em casa e eu ficava me perguntando “será que eu vou conseguir voltar pra escola, ter uma vida normal?” Mas depois de dois meses de tratamento, eu consegui voltar pra escola e retomar minha vida. Eu me lembro desse momento quando eu cheguei na escola, depois de muito tempo afastado, com superação, com tudo.

O participante conta que desde então segue fazendo seu tratamento. Do ano de 2012 ao ano de 2016 foi tratado na UISAM e no CAPSi, ano em que pausou o acompanhamento, retomando em 2019. Ele conta: “fiquei me tratando regularmente aqui no CAPS com psiquiatra, psicóloga, educação física... venho fazendo tratamento aqui, eles me cuidam muito”. Após isso, Dandan diz não querer fazer “nenhum desenho”, mas completa: “Vou só deixar a minha marca mesmo (risos)”, referindo-se a marcar seu dedo no tecido, parece que de algum modo ainda dá para fazer arte com o corpo.

Ao escutar a partilha de Dandam, Jotapê entra em cena contando suas lembranças de um “antes e depois de ter cuidado”, onde diz que fazia acompanhamento psiquiátrico no serviço particular, tomava os medicamentos e chegou a receber alta, mas não conseguia entender “qual era o bicho de sete cabeças do meu caso”, momento em que o designaram para iniciar um novo tratamento no CAPS e novos contornos sobre seu “caso” foram possíveis:

Foi quando eu conheci a psicóloga, então foi um momento marcante na minha memória, a nossa primeira consulta (...) eu diante daquela profissional ali tendo a atenção e o cuidado que ela estava tendo naquele momento e me passar segurança para eu poder contar o que estava acontecendo comigo. E ela escutou tudo aquilo. Eu fui dar as palavras e ela me entregou uma frase muito, muito importante que eu guardo comigo até hoje. Ela escreveu no papelzinho que eu guardo comigo. Desde então a gente vem trabalhando essas questões. Às vezes se fala muito do CAPS, por ser uma unidade que muitos não têm conhecimento, mas poucos sabem do cuidado com preocupação que se tem aqui. É o único local que a gente pode sermos nós mesmos. E nós descarregamos coisas aqui que a gente nem sequer conseguimos fazer isso com nossos familiares. Então, assim, foi muito marcante para mim. Pela primeira vez eu estava muito seguro em compartilhar coisas da minha vida que eu não compartilhava com ninguém. Então, sim, pra mim foi marcante. Isso foi primordial no meu tratamento.

Imagem 6: “minhas escritas com a minha psicóloga” de Jotapê. Mossoró, 2025.



Fonte: Acervo pessoal.

Jotapê faz sua produção e a nomeia de “parte das minhas escritas com a minha psicóloga”, dedicando a ela a sua arte. Escutar Jotapê é um modo de enxergar que o tratamento não é um mero fazer, mas um modo de escrever uma vida em parceria, uma elaboração que se tece a cada novo encontro, podendo resgatar as marcas da vida e/ou podendo fazer surgir novos contornos para essa vida. Como nos diz Clarice Lispector, “ainda bem que o que eu vou escrever já deve estar na certa de algum modo escrito em mim (Lispector, 1998, p. 21).

Ver Conceição Evaristo em sua obra “Becos da Memória” (2018) se questionar sobre como lidar com uma memória ora viva, ora esfacelada me coloca a pensar sobre Anchieta quando expressa a sua dificuldade em “lembrar de um cuidado fora daqui”. Essa separação que tanto se repete no discurso de um “dentro e fora”, parece carregar muitas marcas de um esfacelamento mesmo, de sujeitos que tentam se construir como sujeitos em uma sociedade que frequentemente fere sua integridade. Anchieta segue elaborando e dizendo que gostaria de falar:

Se eu comentar alguma coisa, a pessoa, ao invés de escutar, conta outro problema e não escuta. É melhor ficar calado, é complicado, mas aqui não, aqui a gente pode falar, conversar, escutar. [...] Às vezes você diz uma coisa, a pessoa diz outra, foge do assunto, você não consegue falar de si mesmo. Você tá precisando conversar, mas não pode. Por isso eu boto o fone de ouvido e fico conversando sozinho, eu ouvindo eu, às vezes é estranho, né? Pensamentos altos. Eu gosto de tá aqui, a gente conversa com um, com outro, a gente pode ficar livre pra falar, né? [...] O remédio que o médico passou também me melhorou muito. É, aqui a gente pode falar e ninguém vai dar risada, ninguém julga porque entende de uma certa maneira a gente. Também tem dia que eu me tranco, passo dias sem vir pra cá, mas venho. Hoje em dia não gosto de compartilhar coisas, se tem de conversar eu converso aqui, fora não converso não. Porque a gente vira piada.

Imagem 7: “Lembranças” de Anchieta. Mossoró, 2025.



Fonte: Acervo pessoal.

Anchieta cola e pinta sobre suas lembranças e vai contando sobre sua vida, diz que conseguiu passar por vícios e hoje fica muito triste quando as pessoas o julgam ou acham que ele está sob efeito de drogas ilícitas, mas que, na verdade, às vezes fica mais “lento”, pois está sob efeito das medicações psiquiátricas que precisa tomar. Conta que desenhou também a sua imagem no espelho, dizendo que é muito difícil conseguir se enxergar e se olhar. Por isso, também vem deixando a barba crescer, mas diz: “o CAPS vem me ajudando a me olhar”. Ao nos implicarmos em torno da humanização do cuidado, entendemos que é preciso “reconhecer o outro como outro legítimo”, aproximando os abismos que se criam entre as relações e abandonando “a frieza do olhar” e a invisibilidade direcionada aos sujeitos em sofrimento psíquico. Ser olhado, sentir-se cuidado nesse encontro, ter a possibilidade de construir um olhar sobre si é também produzir um cuidado (Mello e Paulon, 2015, p. 101).

Imagem 8: “Eu desenho com palavras”, Ney. Mossoró, 2025.

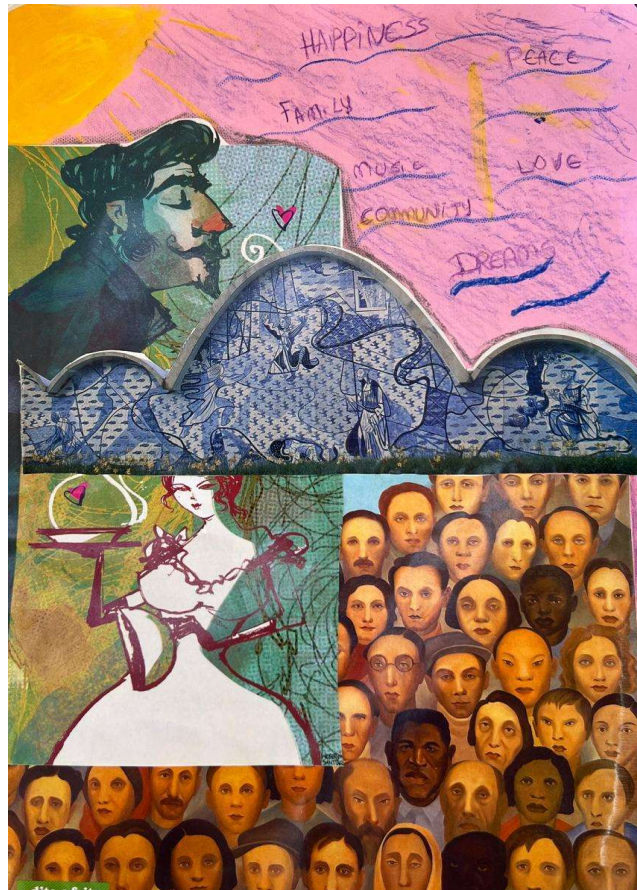


Fonte: Acervo pessoal.

Ney não quis falar sobre suas memórias, mas me chamou para conversar: “Paula, olhe aqui, eu posso escrever? Eu não gosto de expressar desenhos, gosto de expressar palavras”. Perguntei qual seria o nome da obra de arte dele, então me respondeu: “pode ser ‘eu desenho com palavras’”. Parei então para escutar as palavras desenhadas por Ney. Ele conta que são “palavras-chaves” que marcam alguns momentos de sua vida, onde ele ia em busca de amor e amizade, mas recebia ódio e preconceito. Em contrapartida, conta que mesmo “algumas coisas já começando pelo ódio” ele vai recebendo atenção, carinho, cuidado e isso o leva a esperar e a pensar que ainda pode ser possível construir amizades e encontrar novos amores.

Ainda sobre fazer arte com palavras, Dreams elabora uma colagem pensando nas músicas que escuta, nas séries que assiste, nas comunidades em que está inserida. Ela nos conta a lembrança da primeira vez que conseguiu tirar férias do trabalho, momento marcante pois ela não sabia que “as empresas exploravam tanto, que deixaram quase dois anos para poder dar as férias”. Quando finalmente conseguiu tirar férias foi passar um tempo na praia com a família, diz que “cada dia parecia mais perfeito, foi uma semana quase perfeita”, a partir disso ela monta sua colagem:

Imagem 9: “Hope”, Dreams. Mossoró, 2025



Fonte: Acervo pessoal.

A colagem representa as artes que ela tanto admira, fala também sobre poder compartilhar a vida com as pessoas, com a família, com os colegas e profissionais no CAPS, a diferença que faz poder ir ao equipamento para exercitar-se e conversar. Dreams diz que “sonha muito” e coloca um sol em sua colagem que reflete as palavras “Happines”, “Family”, “Peace”, “Love”, “Music”, “Comunity” e “Dreams”. Ela explica: “palavras importantes para poder viver”.

“A palavra ajuda a gente a construir”

Durante essa escrita destacamos a fragilidade e o não acolhimento presente no discurso dos usuários acerca de suas relações familiares, porém, faz-se importante pontuar também os usuários que demarcaram o suporte e a parceria de suas famílias, questão importante, pois como pontuam Freitas e Machado (2024, p. 174) o cuidado não é um simples fazer, portanto, “é preciso envolvimento dos trabalhadores, da família, da comunidade e do próprio usuário na produção desse cuidado que pode acontecer nas atividades das oficinas”. Alguns usuários

constroem vínculos familiares no próprio CAPS, como eles dizem “o CAPS é como uma casa e a equipe e os pacientes como uma família”. Outros usuários também vão até o serviço acompanhados de sua família, como é o caso de Dona Conceição que vai ao CAPS acompanhada de sua filha.

Imagem 10: “Casa” de Conceição e Lissa. Mossoró, 2025.

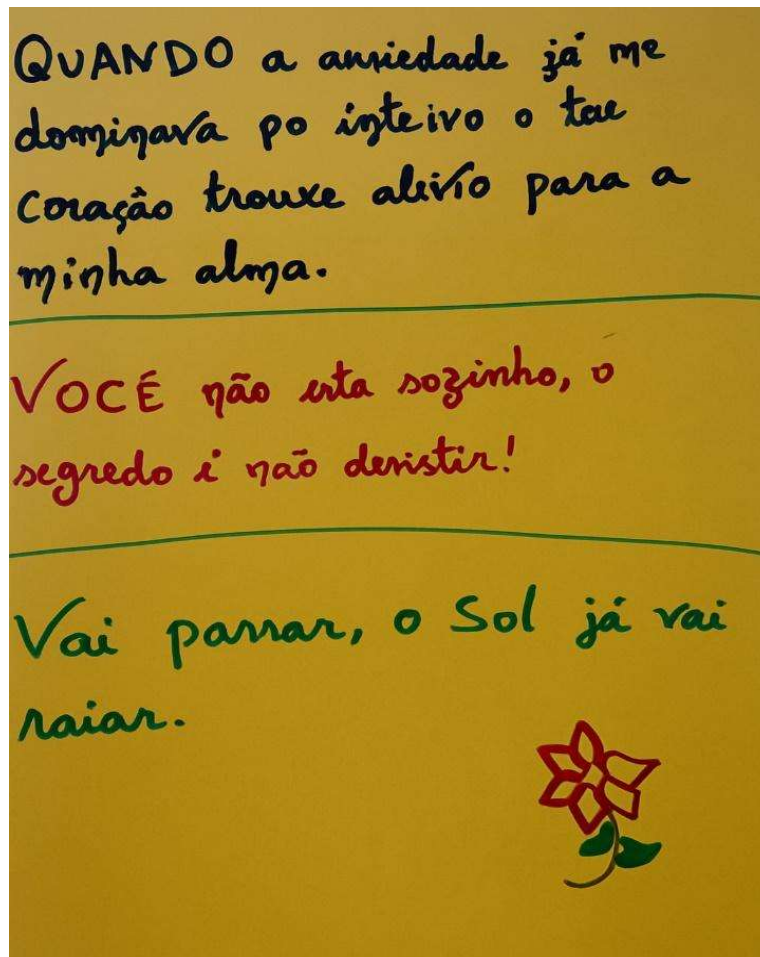


Fonte: Acervo pessoal.

Pensando em quem desenha para buscar as palavras, destacamos as artes que dona Conceição fez com o apoio de sua filha Lissa. Costa-Rosa (2000, p.154) destaca em seu texto que no tratamento em saúde mental não é somente o sujeito que trabalha individualmente, mas que a família também trabalha e funciona como um “agente” para alcançar a mudança que se busca. Durante o encontro do grupo, Lissa foi agenciando com sua mãe o movimento das mãos, dos pinceis, das palavras para que algo surgisse, foi contando também que sempre a acompanha para as atividades no serviço. Por sua vez, Conceição parece se utilizar dos traços da filha para re-encontrar o seu próprio traço e contornar a vida, Lissa conta que a mãe depende dela para muitos fazeres diários e que mesmo diante do cansaço elas não desistem uma da outra. A filha

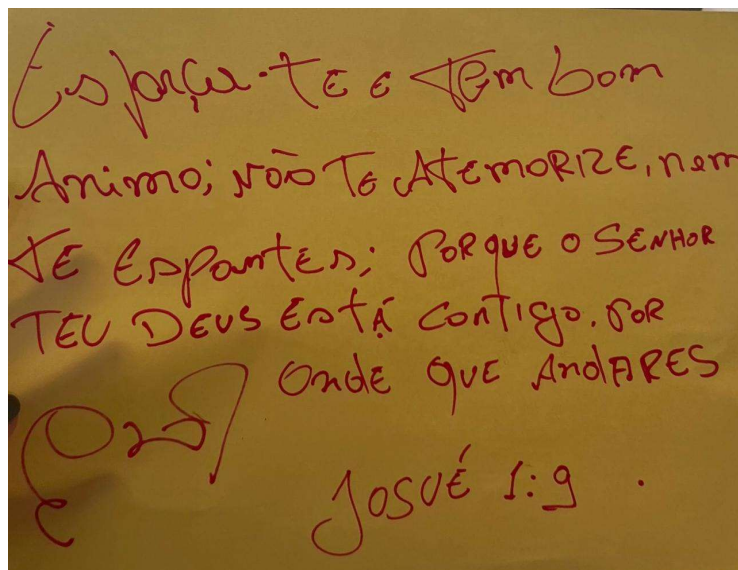
segue emprestando seu corpo e suas palavras como suporte para que a mãe siga inventando um caminho de vida.

Imagem 11: “Força” de Sandra. Mossoró, 2025.



Fonte: Acervo pessoal.

Imagem 12: “Fé”, Ed. Mossoró, 2025



Fonte: Acervo pessoal.

Ainda pensando a relação da família no contexto do cuidado em saúde mental, Sandra vai ao CAPS semanalmente para acompanhar seu esposo Ed. No primeiro encontro, eles estavam presentes, mas não quiseram participar, disseram que iam “só escutar mesmo”. Uma escuta que fez efeito, pois retornaram para participar dos outros encontros. Sandra e o esposo ficaram distantes, mas coloquei folhas e canetas à disposição deles, ela me chama e emocionada conta porque voltou e porque vai participar: “Eu queria abraçar cada um deles e ser pra alguns a família e o amor que as vezes eles não têm, então escrevi pra eles, fiz pra dar forças. Sempre que eu puder, mesmo que seja só um pedacinho, eu vou tá aqui pra escutar eles”.

Sandra conta que sempre acompanha seu esposo que sofre de “tristeza” e acompanha também um dos filhos que faz acompanhamento no CAPSi da cidade. Ed, por sua vez, não se sentia confortável em falar, mas expressou através da escrita o que ele guarda na memória para tentar se manter forte, como François Tosquelles nos diz “preservar a memória é tarefa essencial para dar um alicerce às práticas do presente e do futuro” (Santos, 2024, p. 191). Com isso, entendemos que não somente precisamos preservar as memórias de luta no percurso de transformação das práticas de cuidado em saúde mental, como também é preciso preservar memórias próprias (e construir outras), que marcam a vida de cada um, para seguirem persistindo e apostando em seus próprios cuidados e possibilidades de “qualidade de vida” a partir do tratamento em saúde mental.

É possível compreender que, no decorrer da história da loucura e dos diferentes manejos relativos às práticas de cuidado, em sua maioria, voltava-se ao sujeito um olhar regulador e silenciador. Com a reforma psiquiátrica caminham as proposições de torções nas práticas de

cuidado, onde o sujeito é o foco das ações. Para que essa “torção” seja possível, coloca-se a questão da escuta como basilar:

A escuta de desejos, dores, sofrimentos, tristezas, alegrias, potencialidades, saberes, expectativas, planos. A escuta é capaz de tecer pontes, criar possibilidades e atividades capazes de desenhar caminhos entre os sujeitos, os grupos sociais, as instituições como a própria saúde, educação, igreja e justiça (CFP, 2022, p. 77).

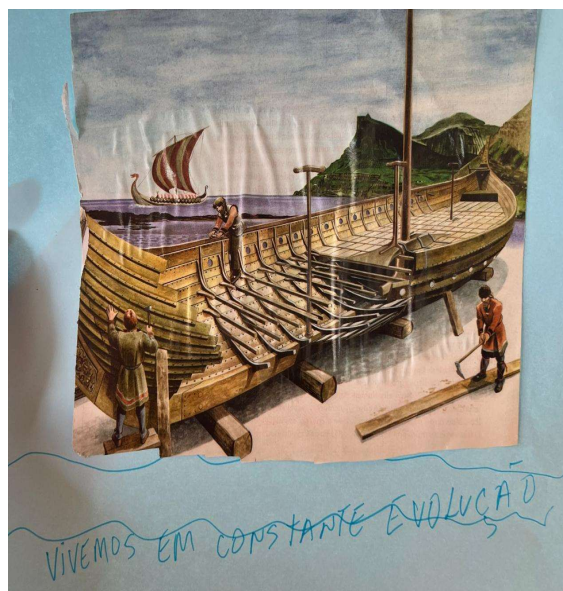
Durante todos os encontros do Dedinho de Prosa foi possível perceber na fala dos usuários como a palavra e a escuta são presentes e valorizadas no cotidiano do CAPS e na prática dos profissionais que lá estão. Essa questão aparece novamente na fala e nas produções de Mary e de Girassol.

Imagem 13: “Minha casa em Sabáudia”, Mary. Mossoró, 2025



Fonte: Acervo pessoal.

Imagem 14: “vivemos em constante evolução” de Girassol. Mossoró, 2025



Fonte: Acervo pessoal.

Mary nos conta como se sente, rememorando muitas questões de sua infância, suas relações familiares e os modos com que já foi cuidada/descuidada. Compartilha ainda que para além dos diagnósticos psiquiátricos, ela também “sofre de fibromialgia”, o que é mais um motivo para ser desacreditada de suas dores físicas e psíquicas. Ela nos diz:

Sinto que as pessoas não querem ouvir, é muita dor e as pessoas não querem ouvir, até os de casa, principalmente. Ai isso dói dentro de mim. Essa semana eu tive uma crise muito grande, fiquei mal mesmo. Mas assim, porque eu vou juntando muita coisa na cabeça e não consigo tirar, minha mente não tá trabalhando como eu quero trabalhar, como se deve trabalhar, ora eu falo uma coisa ora eu falo outra. Mas, mesmo assim, eu consigo conversar, converso com minhas bonecas, e não é loucura, eu não entendo como loucura, eu tenho como se fosse uma terapia pra mim fazer isso. [...] E o participar daqui... é bom vir pra cá, conhecer a pessoa que também tem um problema, e não são iguais, mas são parecidas, né verdade? Estão aqui pelo mesmo

propósito de conversar, poder dialogar com as pessoas, porque sente a mesma coisa, parecida. Aí isso me faz bem.

Após sua fala, Mary elabora um desenho da lembrança da sua casa em outro estado brasileiro, lugar onde criou seus filhos e onde guardava suas bonecas “muito bem guardadas e cuidadas”. Entendemos com Laura Feuerwerker (2011) que os usuários se localizam a partir de diferentes perspectivas, podendo ser a partir de seus contextos de religião, trabalho, vínculos familiares, histórias de vida, suas possibilidades, desejos e medos. Com isso, pode-se compreender que os usuários elaboram suas questões de modos distintos, pois ocupam lugares singulares na vida, porém, pode haver expectativas ou experiências “parecidas”, como nos coloca a fala de Mary, como, por exemplo, as expectativas de modos de cuidado dignos, de dispositivos de escuta e acolhimento no CAPS, assim como outras propostas aportadas pelos usuários e escritas nessa pesquisa.

Girassol surpreende-se ao encontrar a imagem de um barco em construção, pois diz que era exatamente o que ela queria: “é assim que eu me sinto, como um barco em construção”, dizendo que os profissionais do CAPS vão trabalhando e ajudando-a a construir esse barco que é ela mesma. Enquanto os usuários partilhavam de suas lembranças, ela comenta: “entender e lembrar que, com o tempo, a palavra ajuda a gente a construir”. E, assim, ela vai navegando e se construindo com palavras. Franco, Bueno e Merhy (1999) ao escreverem sobre o “trabalho vivo em ato” elucidam que o encontro entre usuário e trabalhador se configura como um processo tecnológico vivo, no qual se produzem relações de escuta e responsabilização que sustentam os vínculos e os compromissos necessários para que projetos de intervenção em saúde possam operar sobre as necessidades dos sujeitos, promovendo o enfrentamento do sofrimento psíquico, social e a construção de novos modos de existir e de produzir saúde.

Eixo III: Educação em Saúde

Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida
A gente quer comida, diversão e arte
A gente não quer só comida
A gente quer saída para qualquer parte
(Titãs, 1984)

O terceiro encontro do dedinho de prosa debruçou-se sobre o Eixo III – Educação em Saúde, o qual intencionou pensar encaminhamentos políticos e afetivos, onde a proposta foi a escrita de uma carta coletiva, construída a partir das elaborações dos usuários acerca das práticas

de cuidado em saúde mental na cidade de Mossoró. Para além dos usuários, o educador físico e a psicóloga participaram ativamente desse encontro, contribuindo de modos muito assertivos com a elaboração dos participantes. Nesse encontro, a arte “fio condutor” foi a canção “Comida”, composição de Titãs, e apresentada ao grupo na voz de Maria Bethânia, como um modo de fazer pensar sobre as múltiplas formas de cuidar em saúde mental e a urgência de políticas públicas que ultrapassem a lógica da mera existência dos serviços. A escolha da música como disparadora não se deu ao acaso: ela invoca a incompletude das respostas institucionais e os atravessamentos dos sujeitos que experienciam o sofrimento psíquico. Afinal, não basta que o CAPS exista, é preciso sustentá-lo em sua potência de produzir vida, cuidado, saúde e proteção de direitos, o que implica investir em profissionais, oficinas, vínculos, espaços de criação, deslocamentos e encontros. Silvio Yasui (2010, p. 156) diz da construção de um cuidado em rede:

[...] Uma rede possui um valor para múltiplos usos: pode servir para acomodar um corpo cansado que necessita de instantes de repouso; uma rede pode delimitar dois lados de um território e dar contornos para um bom jogo; uma rede pode nos ligar com muitas outras pessoas, para que nos comuniquemos e compartilhemos as nossas emoções; pode servir para produzir um cordão de gestos de solidariedade em um difícil momento para alguém; uma rede pode aparar a queda do corpo de um trapezista que ousou um salto mais arriscado; uma rede pode ajudar a criar ações coletivas de transformação. Entretanto, devemos tomar cuidado, pois uma rede pode ser também uma armadilha, feita para capturar, para aprisionar. Contudo, ainda bem que redes, assim, dificilmente capturam o vento das ideias.

Produzir cuidado é tecer esse “cordão de gestos” na criação de ações coletivas, como colaborar com a construção de políticas públicas a partir de experiências próprias. Para isso, faz-se necessário ampliar e diversificar as ofertas, articulando-as com outros setores para que se produzam redes que não aprisionem, mas que sustentem escutar esse “vento de ideias”. “A gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte” cantam os Titãs, e cantam também os usuários ao narrarem suas histórias atravessadas por precariedades, mas também por desejos de continuidade, de transformação e de pertencimento. Durante esse encontro, usuários e profissionais elaboraram, em coletivo, uma carta pública com proposições concretas para a efetivação de um cuidado ampliado, territorializado e articulado com outros setores como educação, cultura, transporte e trabalho. Nesse processo, educação em saúde é entendida não como uma via de informação unidirecional, mas como produção coletiva de conhecimento e de práticas, em que se reconhecem as histórias, as dores, as potências e as múltiplas formas de vida que cada usuário enuncia. Uma das primeiras falas surgidas no encontro foi a de Lorena, quando diz “eu sou toda marcada”, é a partir da possibilidade de falar sobre suas marcas que surgem as proposições nesse encontro, afinal, o que marca o corpo e a vida dos usuários dos serviços de

saúde mental?

“Investir em uma sala de arte”

No início do encontro um dos usuários diz: “eles deveriam investir mais aqui”. Prontamente o Educador Físico questiona: “quando você fala em investimento, que tipo de investimento?” Questionamento importante, pois abriu portas para grandes elocubrações dos usuários. Segue o diálogo:

Ensinar mais coisas, investir em uma sala de arte, oficinas, investir mais nos profissionais, ensinar modos de trabalho também, até com cursos que nos ajudem, algo que tirasse mais a gente de dentro de casa. (Anchieta)

E vocês entendem que essas outras possibilidades deveriam ser criadas aqui dentro do CAPS ou fora dele também? (Pesquisadora)

Não só aqui, era bom que começasse aqui e avançasse pra outras partes da cidade e para os outros CAPS também, assim todos que precisam do cuidado mental podem ser tratados como nós somos. (Manoel)

Poderia colocar coisas nos bairros que a gente mora, ou em bairros mais espalhados, porque muita gente aqui mora no Santo Antônio, Barrocas, bairros que ficam muito longe. Podiam criar outros lugares de cuidar da saúde mental espalhados pelos bairros da gente. (Angelina Jolie)

Onde era o São Camilo era muito grande, eu sempre passava e via. Podia transformar lá em outras coisas né, pra gente aprender, fazer cursos, coisas de arte, de música, de escrever. (Manoel)

Quando vocês falam que era interessante atividades no bairro, vocês têm dificuldade em virem para o CAPS? Porque como disse Anchieta, quanto mais vocês puderem vir, melhor. Participar de mais atividades, mas vocês teriam condições de virem de segunda a sexta por exemplo, todos os dias para o CAPS? (Educador Físico)

Após esse questionamento, os usuários iniciaram um diálogo interessante sobre a falta de transporte público na cidade, a precariedade de políticas públicas voltadas à mobilidade urbana e a inclusão social, que se revela como um dos maiores obstáculos. A ação da política pública pode até existir na cidade, como existe, por exemplo, o Programa de Acessibilidade Especial de Mossoró (PRAEM), de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde que viabiliza o transporte de pacientes para atendimento de saúde, mas há um certo desconhecimento e/ou fragilidade ao disseminar a existência da política para os usuários que dela necessitam, como mencionou o educador físico. Então, por vezes os usuários não acessam porque as barreiras não permitem nem sequer o conhecimento da existência da política. Há uma

impossibilidade em pensar as práticas de cuidado efetivas sem articular com a cidade, com os espaços públicos, com os equipamentos intersetoriais. Com relação a esse movimento de construir “um lugar” nos bairros, Yasui (2010, p. 49) rememora experiências exitosas dos centros de convivência e experiências inovadoras nas cidades, como o uso dos “equipamentos públicos de lazer [...], principalmente [...] parques municipais [e] a possibilidade da criação de um espaço de convivência com a diferença”, lugares não destinados apenas aos usuários de serviços de saúde mental, mas para toda a comunidade que desejasse participar.

Rosa e Apa, mãe de Manoel, dialogam e propõem o estreitamento dos vínculos com as faculdades e as escolas do município, pois como dizem:

Podia fazer mais vínculo com as faculdades pra gente ir lá aprender de vez em quando, e eles virem mais aqui. Ter possibilidade de trabalho, de cuidado, de estudo, de um cuidado mais perto de casa, isso também é saúde mental. Queria que o prefeito viesse aqui conversar e mostrar pra gente o que ele está fazendo pela saúde mental (Rosa).

A gente chega nas escolas e tem pessoas de tão alto conhecimento, mas no dia a dia não sabem respeitar as diferenças das pessoas. Poderia ter mais momentos de orientação para os profissionais tomarem conhecimento que nem todos são iguais, precisam adaptar algumas coisas pra quem tem mais dificuldade. Essa gente que se diz “normal”... falta muita compreensão para entender a dificuldade do outro. Não é todo mundo igual, não tem como ser. Eu acho assim que podia ser algo mais humano. Então, se o CAPS e a prefeitura pudessem fazer projetos para entrar na faculdade, na escola, pelo menos uma vez, nem que seja para uma palestra por ano. Para explicar como é que funciona e jeitos de tratar as pessoas, porque o laudo não faz muita diferença, a gente leva e fica lá guardado numa pasta (Apa).

A presença de outros setores, para além da saúde, no cuidado em saúde mental foi defendida com fervor na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, destacando a intersectorialidade como um compromisso que deveria ser de todos. De fato, é uma luta que não cessa, tentar construir um cuidado que implique e mobilize as redes da saúde, educação, cultura, trabalho, segurança, é vista pelos próprios usuários como fundamental para transformar o modo como a sociedade compreende a loucura, aspecto que Manoel elucidava: “parece que as pessoas não entendem que nós somos seres humanos, até alguns profissionais mesmo, que não são os daqui, parece que eles não tentam nos entender”. Há aqui um desejo explícito de produzir redes de cuidado que sejam também redes de pertencimento e reconhecimento.

Rosa segue a conversa e pede, “coloque aí na pesquisa”:

Ah, e se internar? Jamais! Eles acham que essa é sempre uma grande e boa opção pra gente, mas aqui não tem canto digno pra se internar, ali é uma coisa sofridora, aquilo não se faz. Se fosse uma fazenda, bonita, cheia de animais para a pessoa ser cuidada, até eu ia para lá passar uns 10 dias cuidando, pra melhorar a cabeça. Eu queria terminar meus estudos, muitos jovens querem trabalhar e não têm oportunidade, às vezes não

podem nem dizer que vão pro CAPS que já são destratados. Na saúde mental, a gente não tem nenhum investimento, a não ser os CAPS. Graças a deus temos esse CAPS com vários profissionais muito bons (Rosa).

Do jeito que eles [aqueles que articulam as ações políticas em Mossoró] fazem as coisas de inclusão para as crianças do autismo... Pois invistam em nós, nos jovens e adultos que estão aqui para continuar os estudos, tem gente aqui que quer trabalhar. “Ah, mas por que tem o benefício e depende do governo”, o benefício é nosso direito mesmo, mas tem gente que quer trabalhar, alguns de nós somos doentes da mente, mas conseguimos trabalhar, aqui não tem nenhum louco. Por que não faz essa inclusão também? “Vamos ver um trabalho pra você nesse colégio, nessa escola de música”. Eu mesma tenho 62 anos e sou doida para fazer alguma coisa, aprender a tocar uma sanfona, ajudar em um trabalho, então o senhor prefeito tem que ajudar o CAPS (Rosa).

Rosa, para além de ressaltar o caráter desumano do hospital psiquiátrico, discutido anteriormente nesse trabalho, também se refere à falta de oportunidades concretas para jovens e adultos em sofrimento psíquico. Sua fala, não denuncia apenas a ausência de políticas inclusivas, mas convoca uma inversão de perspectiva: não se trata de criar espaços segregados, mas de incluir os usuários nas ofertas já existentes, como escolas de música, colégios, espaços culturais, projetos de formação e trabalho. Suas falas contrapõem o estigma e a lógica da tutela, chamando atenção para o direito ao trabalho, ao estudo e à participação na vida social e cultural da cidade. Ao reforçar o desejo de aprender, de trabalhar, de continuar os estudos e até de tocar sanfona, Rosa inscreve a loucura no território da vida. Sua fala reverbera a crítica de Foucault (1978) ao internamento como forma de evitar o “escândalo” da diferença. Ao recusar a lógica do enclausuramento e desejar uma “fazenda bonita”, ela não está falando só do lugar, mas dos discursos e das práticas que operam nos lugares de internamento.

A fala de Apa complementa esse percurso ao lembrar que os usuários “não estão somente do CAPS para casa, da casa para o CAPS”. Eles circulam na cidade, frequentam escolas, supermercados, festas da prefeitura. Então, ela sugere: “pelo menos na rede pública devia haver conversas com o CAPS para que as pessoas da cidade aprendessem a respeitar e os tratar com dignidade”. O que está em jogo aqui é o reconhecimento da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos que habitam e produzem a cidade e que, por isso mesmo, devem ter suas vozes consideradas nos espaços públicos, nas políticas educacionais, culturais e sociais.

Nesse contexto, Mary compartilha a sua experiência: “Quando eu tava lá no Paraná eu passei por um problema gravíssimo, mas foi aqui no CAPS, junto com a psicóloga que fui conseguindo sair disso. Lá eu passava duas vezes na semana, mas foi aqui que deu certo, pela relação com os profissionais que me ajudou a melhorar do problema e viver outra vida, fiz de

tudo para encontrar um CAPS como esse e encontrei”. O que lhe possibilitou viver “outra vida” não foi um protocolo fechado ou uma oferta isolada, mas o vínculo, a escuta, a aposta em sua possibilidade de existir de outros modos. Como argumenta Yasui (2010), cuidar implica romper com a lógica centrada na doença e deslocar-se para práticas intersetoriais, que reconheçam o cuidado como um processo relacional, afetivo e territorializado. Mary encontrou, na relação com os profissionais, a possibilidade de reconfigurar seu sofrimento e sua história.

“Eu escreveria um livro para contar a história de cada um de vocês”

Jotapê retorna com uma questão amplamente falada durante os três encontros:

daquele portão para cá, aqui é o único local que a gente pode ser quem somos. Sem medo, sem restringir fala, aqui nós podemos ser o que nós somos. Ninguém vai olhar para você de maneira indiferente, aqui é o único local que você é tratado, é cuidado, se sente seguro. Aqui nós podemos ser e falar o que nós somos sem medo de ser julgados.

Enunciando a construção de um lugar onde se pode existir com dignidade, a segurança que encontra no CAPS é, ao mesmo tempo, uma denúncia do que vive fora dele. Fransuá reforça: “Lá fora já é diferente infelizmente. Eu já fui muito discriminado fora daqui”. As falas dos dois escancaram a distância entre o cuidado ofertado por alguns serviços de saúde mental e o despreparo da sociedade em acolher o que foge à norma. Questionei: “você gostaria que as pessoas que cuidam ou deveriam cuidar de vocês soubessem de alguma coisa?” Jotapê responde: “Eu queria que isso viesse a público. Não como forma negativa, mas como conscientização”, dizendo que gostaria que a experiência dos pacientes do CAPS fosse entendida como um saber legítimo, potente e politicamente necessário. Apa e Luciana retomam a questão do estigma e do preconceito que circulam livremente pela sociedade. Apa relata: “Em vários cantos que eu ando, eu escuto as pessoas dizendo assim, ‘brincando’, ‘fulano hoje tá aqui daquele jeito, o CAPS tá lotado de doido’ [...] Eu nunca vi um louco lá não”. Luciana a complementa: “Nós somos normais, né, aí a gente se altera e alguém já diz ‘tá do jeito que o CAPS gosta’, isso tá virando cultura”. A repetição desses discursos estigmatizantes revela o quanto o preconceito é performado cotidianamente nas relações sociais. Como afirma Foucault (1978), a loucura é, historicamente, gerida não apenas pelo saber médico, mas por um conjunto de discursos que a separam do campo da razão, que decidem o que é escândalo e o que é aceitável. Questionar essas construções é também propor momentos de educação em saúde. Para Foucault (1978, p. 161) “esta forma particular da sensibilidade desenha o rosto próprio da loucura no mundo do desatino. Ela diz respeito, em primeiro lugar, ao escândalo. Em sua forma

mais geral, o internamento se explica ou, em todo caso, se justifica pela vontade de evitar o escândalo”, então parece que é preciso que haja grito, escândalo, luta e reivindicação, mas os usuários fazem isso ao seu modo, como quando enunciam sobre o desejo de escrever um livro de histórias e sustentam a ideia da escrita de uma carta coletiva.

Neste sentido, o CAPS se constrói como um território de reconstrução das narrativas, de recusa ao silenciamento, de reinvenção de si. Manoel, o mais jovem dos participantes e estando pela primeira vez em um momento grupal no CAPS, nos diz: “se eu fosse um escritor, o que eu faria: eu falaria com cada um de vocês e pediria para contar a história de cada um de vocês, eu escutaria. Eu escreveria um livro para contar a história de cada um de vocês”. A escrita aparece como prática de cuidado e de existência, como lugar em que o sujeito pode nomear a si e ao outro para além do diagnóstico. Jotapê complementa: “Cada um carrega a sua biografia, narrada ou não narrada”. Fransuá encerra o encontro dizendo que “todos nós temos mesmo uma história para contar”. Battistelli e Cruz (2020, p. 193) dizem que a escrita de cartas se coloca como um ato político que se embasa também na “preocupação com a produção de práticas de cuidado”, dessa forma, escreveu-se a escrita-falada em forma de carta:

Carta coletiva - Uma escrita falada

Destinatário:

Prefeitura Municipal de Mossoró, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação Municipal de Saúde Mental.

Nos encontramos no CAPS no mês de maio de 2025 e estivemos participando do grupo “Dedinho de Prosa”, onde conversamos sobre saúde mental, sobre o cuidado que temos e o cuidado que gostaríamos de ter (dentro e fora do CAPS). Nesta carta, queremos dizer, coletivamente, que podemos contribuir para a formulação de políticas públicas na cidade, a partir das nossas palavras, experiências e propostas de transformação do cuidado em saúde mental. Acreditamos que a política pública se faz também com a escuta daqueles que vivem e experimentam o cuidado cotidianamente. Então, queremos começar dizendo que deveria haver mais investimentos no CAPS, mais profissionais e valorização de seus trabalhos, espaços de arte, oficinas, cursos, espaços que preenchessem a nossa rotina, onde pudéssemos aprender a produzir alguma coisa, não apenas para passar o tempo, mas como uma forma de gerar uma

renda para nós. Seria bom que começasse pelo CAPS, mas que se expandisse para outros locais da cidade, pois nem todas as pessoas conseguem se locomover todos os dias para o CAPS. Algumas dificuldades se apresentam, como a fragilidade dos transportes públicos e dificuldades financeiras. Pensamos também sobre a necessidade de investir em políticas de inclusão para inserir as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais nos espaços de trabalho e nos espaços públicos da cidade. É necessário também melhorar o modo de internamento e o hospital psiquiátrico da cidade, pois o já existente não oferece boas condições de cuidados, fazendo com que não sintamos que haja investimentos na saúde mental e um direcionamento para a construção de um cuidado antimanicomial.

Então, com base em nossas vivências, propomos:

1. **Ampliação e criação de pontos de apoio comunitário em saúde mental nos territórios:** é preciso expandir as ações do CAPS para os bairros, especialmente Santo Antônio, Barrocas, Nova Mossoró e outras regiões mais afastadas do bairro Nova Betânia. Isso pode se dar por meio de oficinas itinerantes, parcerias com escolas municipais e escola de artes, espaços culturais e equipamentos comunitários. Muitos de nós enfrentam dificuldades com transporte e condições financeiras para frequentar o CAPS regularmente. Além disso, o CAPS não deve ser o único lugar que nos oferece cuidado, então pensar junto com as Unidades Básicas de Saúde formas de nos ofertar cuidado também poderia ser uma possibilidade, fortalecendo a construção de um cuidado em Rede.
2. **Investimentos em atividades formativas, criativas e de geração de renda:** gostaríamos de ter oficinas de arte, música, escrita, teatro, costura, culinária, agricultura urbana, entre outras. Atividades que nos possibilitem uma geração de renda, de trabalho, que não sejam só para “passar o tempo”, mas que possam ajudar na nossa autonomia, autoestima e até mesmo no retorno ao trabalho ou à escolarização.
3. **Promoção de ações de inclusão educacional:** há entre nós, jovens e adultos que desejam estudar e trabalhar, pessoas com saberes e talentos diversos. Propomos programas de incentivo à formação e à empregabilidade para pessoas com histórico de sofrimento psíquico, inclusive em articulação com iniciativas municipais já existentes (como escolas, universidades, cursos técnicos e escolas de teatro).
4. **Garantia de que a nova sede do CAPS seja construída como espaço acolhedor e terapêutico:** sabemos que há uma nova sede em construção e isso nos enche de esperança. No entanto, expressamos nosso desejo de que ela seja um lugar com salas amplas, espaços

abertos, ambientes para atividades físicas e oficinas. Que não seja uma estrutura apenas funcional, mas também afetiva, pensada para acolher em liberdade e não apenas para atender clinicamente e nos medicar.

5. **Articulação com as escolas e universidades:** é necessário que a sociedade nos conheça para que deixe de nos julgar e possa nos respeitar. Sugerimos que o CAPS promova ou participe de rodas de conversa, palestras e ações formativas nas escolas e instituições de ensino superior, aproximando a saúde mental da educação e combatendo o preconceito e o estigma.
6. **Formação continuada de profissionais da rede municipal (educação, saúde, assistência):** Investir na formação dos profissionais que trabalham nos serviços de Mossoró, para que saibam como agir com respeito e acolhimento frente à diferença e aos sujeitos que estão em tratamento de saúde mental. Entendemos que o laudo não diz tudo sobre uma pessoa, é preciso escutar para que o cuidado seja efetivo e resolutivo.
7. **Ações públicas de combate ao preconceito e à desinformação:** ainda somos chamados de “doidos” de forma pejorativa, somos excluídos de espaços e maltratados em serviços e ambientes públicos. Queremos viver com dignidade, sermos reconhecidos como sujeitos de direitos que somos. Dentro do CAPS nós somos respeitados e cuidados, é preciso pensar em campanhas para que a sociedade mossoroense também nos respeite.
8. **Requalificação de espaços públicos com fins terapêuticos e educativos:** o antigo prédio do São Camilo, por exemplo, poderia ser transformado em um centro cultural-terapêutico com oficinas, espaços de convivência e formação profissional, algo que não favorece apenas a nós, como também aos nossos familiares, às pessoas com deficiência, às crianças e adolescentes que também necessitam de cuidados, entre outros.
9. **Presença das instâncias públicas nos territórios e nos espaços de cuidado:** gostaríamos que o prefeito e outros gestores viessem com mais frequência até o CAPS para conhecer o importante trabalho realizado pelos profissionais e ouvir diretamente o que nós temos a dizer.

Nós sentimos que o cuidado quando é bom e acolhedor possibilita que possamos aceitar e compreender as nossas condições de saúde e, assim, aceitar receber o cuidado. Sendo assim, gostaríamos que as pessoas que cuidam da gente soubessem que temos os nossos sonhos também, a nossa própria história e que precisamos ter espaços que respeitem as nossas existências. Gostaríamos de lembrar que aquilo que faz um cuidado antimanicomial não é

somente o espaço, mas o discurso, o modo como os profissionais nos tratam e se direcionam a nós.

Apesar de muitos percalços, agradecemos o que tem sido possível, principalmente por parte dos profissionais do CAPS, eles apostam no nosso modo de existência, constroem suas práticas a partir da escuta, abrem possibilidades para que possamos falar e nos ofertam novos modos de cuidado, mesmo diante da escassez de recursos. Alguns deles nos veem inclusive como artistas, como sujeitos singulares, escutam nossas palavras manifestadas dos mais diversos modos e criam junto conosco novas possibilidades de se fazer saúde mental. Que sigamos com nossa esperança equilibrada, na luta por práticas de cuidado antimanicomiais, dignas e respeitadas. Esperamos que vocês sigam nos oferecendo condições de cuidado e caminhando conosco.

Abraço, até os próximos encontros!

Com luta e esperança,

Familiares, usuários e usuárias do CAPS II Antônio Herculano Soares de Oliveira.
Mossoró, 2025.

A QUESTÃO QUE PERSISTE: HÁ COMO SAIR DO CAPS?

Nos fundos do quintal era muito riquíssimo o nosso dessaber.
A gente inventou um truque pra fabricar brinquedos com palavras.
(Manoel de Barros, 2016, p.17)

Barros e Kastrup (2009, p. 58) dizem que quando uma pesquisa trabalha em torno dos processos de subjetividade “já há, na maioria das vezes, um processo em curso” e que, sendo uma cartografia, a pesquisa já começa “pelo meio”, pois “o momento presente carrega uma história anterior”. A questão da “saída do CAPS” é parte de um processo em curso, na medida em que persiste desde a conclusão do meu estágio na graduação até a conclusão da escrita desta dissertação. Agora compreendo que não há como sair, pois o trabalho em saúde mental se faz com o CAPS e por meio dele, enquanto aposta viva e concreta nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. No entanto, é preciso atentar-se à repetição da expressão “da porta para dentro e da porta para fora” dita pelos usuários participantes da pesquisa. Essa formulação aponta a urgência de dissolver os muros simbólicos e materiais que cercam o cuidado, ampliando-o para além do lócus do CAPS, num enlace entre o serviço, os outros setores da cidade e os vínculos sociais dos sujeitos, pois parece que para o que está “dentro” siga se efetivando é necessário que algo “fora” também se crie e se efetive.

“A palavra, instrumento nosso”, título dado a esta dissertação surgiu da escuta do campo e do encontro com Clarice Lispector, quando dizia: “a palavra tem que se parecer com a palavra, instrumento meu. Ou não sou um escritor? Na verdade, sou mais ator porque, com apenas um modo de pontuar, faço malabarismos de entonação, obrigo o respirar alheio a me acompanhar o texto” (Lispector, 1998, p. 23). Essa citação se transforma em enunciação coletiva quando os sujeitos participantes afirmam, com suas falas, desenhos e escritas que a palavra também pode ser instrumento *nosso*, e não apenas do médico, do psicólogo, do pesquisador, do especialista ou do político. Ao dizerem de si, dos atravessamentos do cuidado em suas próprias histórias, os usuários tornam-se também autores da pesquisa, e suas palavras deslocam saberes instituídos, revelando a força política do dizer.

Como pesquisadora em construção/formação, traçar esse trabalho de recolher palavras que circulavam entre felicidades, conquistas, angústias e protestos me fez compreender o porquê dessa escrita. Como propõe a cartografia, a pesquisa se faz com o campo e não apenas sobre ele, com potência formativa e de escrita. Um profissional ou um sujeito desemboca do território para o texto, aspecto que me coloca a pensar sobre os compassos e descompassos que ocorrem no *entre* de uma pesquisa, um fazer, uma formação. Há um território vivo em questão.

Uma psiquiatria mais democrática, como sonhada por Franco Basaglia, é aquela que se aproxima das pessoas, que reconhece o saber dos usuários e constrói com eles as direções do cuidado. Nesta pesquisa, essa aproximação foi vivida na prática, no traço de cada produção, e a palavra foi, de fato, um instrumento nosso.

Verificou-se que, com relação ao CAPS, há uma tentativa de construir um trabalho para além do tratamento médico-centrado, orientado pelos sinais ou sintomas de evidência em psiquiatria, dando vazão ao cuidado direcionado ao sujeito-família-território. Assim como no movimento de reforma psiquiátrica, os movimentos internos do CAPS também têm muito a avançar, mas é possível perceber na fala dos usuários, profissionais e gestores que há um investimento nos modos de cuidar em liberdade, propondo a construção de projetos terapêuticos singulares que insiram os usuários tanto nas terapias e consultas individuais, quanto nas atividades grupais escolhidas ou direcionadas para cada um, incluindo os familiares. O CAPS também acentua a necessidade de “acolher o que vêm”, propondo atividades de acordo com a demanda percebida no território, como a elaboração de grupos específicos para jovens e para famílias. Destaca-se ainda o trabalho com a arte como um caminho possível para o CAPS, surgido a partir de um movimento de “ser artista” por parte dos próprios usuários, assim, há também grupos conduzidas por um arteterapeuta/artista da cidade propondo um cuidado a partir do teatro, da dança e da música.

A responsabilidade do cuidado em saúde mental não é apenas da atenção especializada, com os CAPS. Ao construirmos o modelo psicossocial devemos entender que outros serviços também podem fazer a palavra circular e o cuidado se efetivar, como as Unidades Básicas de Saúde, outros serviços territoriais do espectro intersetorial, o setor de transporte, os centros de convivência, a economia solidária, outros equipamentos da atenção especializada, o hospital geral e o pronto atendimento, bem articulados e fortalecidos, orientados pela atenção integral, centrada no sujeito e na família, como propõem as políticas de saúde mental. É preciso que haja articulação municipal que, no caso de Mossoró, precisa enfrentar sua carga história e de especificidades, talvez com a criação de um Fórum Municipal de Saúde Mental.

Entendo, assim, que a cidade de Mossoró tem condições potentes para seguir fortalecendo os princípios da Reforma Psiquiátrica, pois conta com uma comunidade ativa e enunciativa, onde surgem usuários, profissionais, gestores e estudantes implicados com a transformação da realidade. Compreendo também que a construção de um modelo de atenção não é um mero fazer, é preciso investimento, organização e, sobretudo, articulação coletiva.

Vimos com os marcos teóricos, conceituais e políticos desta pesquisa e com as enunciações dos sujeitos participantes que não há como se fazer saúde mental sem parceria e presença na comunidade. Ao escutar o território, percebemos que muitas questões basilares poderiam ser sanadas, amenizadas ou “melhor cuidadas” se existisse um modelo de atenção municipal que formulasse, orientasse e sistematizasse as ações e os serviços de saúde mental na cidade. Questões como a alta qualificada, a articulação dos CAPS com outros setores da cidade e o combate ao estigma, amplamente comentada durante os encontros propostos por essa pesquisa apontam para a necessidade urgente de pactuações, de fluxos intersetoriais e de um cuidado contínuo e compartilhado entre serviços, profissionais e territórios. A pesquisa encontrou um coletivo que já indica os caminhos, que tem conteúdo e elaboração para formular uma pesquisa e uma política. Como afirma Feuerwerker (2011, p. 8), “linhas de cuidado – construídas coletivamente, levando em conta diversos pontos de vista e não somente as normas técnicas, inclusive ouvindo os usuários – podem servir como guias para ampliar responsabilização e as garantias de acesso”.

Carvalho da Silva e Ceccim (2015) afirmam que, para que se chegue a esse modelo, é preciso viver intensamente a atenção psicossocial em seus centros e equipamentos assistenciais, mas também descobrir o “lado de fora”, esse lugar da cidade onde a clínica encontra a educação, e onde redes se tornam trama viva de inclusão, desinstitucionalização e aposta na vida. Quando alguém recebe alta de um CAPS ou conclui a escola, supõe-se que estará apto a habitar a cidade em suas redes de trabalho, de relações, de cultura. Para que isso se efetive, é preciso que a cidade se torne “porosa à alteridade” e capaz de territorializar o cuidado. As redes de cuidado, como mostram os autores, ganham formas próprias: ora como pontes, ora como lugares de passagem, ora como sustentação para projetos de vida que se ampliam e se descolam do espaço estrito da saúde mental. Assim, quanto mais as redes são ativadas, tanto mais as pessoas podem prescindir da centralidade do CAPS e construir existências singulares, plurais e afirmativas de vida.

Se a história demarcava que os sujeitos precisavam ser retirados da sociedade e reclusos, os usuários participantes da pesquisa desejam escrever uma nova história onde se criem novos lugares e se insiram cada vez mais esses sujeitos no convívio com a sociedade, colocando-lhes lugares direito. Com relação ao objetivo da pesquisa, que intencionou discutir, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, o que os usuários de um CAPS adulto do interior nordestino enunciam de modo coletivo sobre os modos desejados de cuidado

em saúde mental e como enunciam, desde o lugar de uso das ações de saúde mental, possibilidades à formulação de uma Política Municipal de Saúde Mental, entende-se que este foi alcançado. Se tornou possível escrever, a partir da fala dos usuários, como se entende o cuidado em saúde mental na cidade de Mossoró, como funciona para os usuários as ações de cuidado dentro do próprio CAPS, propondo ainda caminhos para pensar as práticas existentes, possibilitando também pensar novos fazeres, onde desponta a necessidade de implicação da cidade para com os sujeitos em sofrimento psíquico.

É desejado que esse trabalho possa vir a contribuir com as discussões em torno dos temas propostos, bem como, com o aprimoramento das práticas nos serviços de saúde mental. Elucidou-se questões fundamentais como a palavra como um instrumento de transformação e de efetivação de práticas de cuidado, a noção de um cuidado alinhado com os preceitos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial e, sobretudo, uma construção que é nascida, criada e segue sendo inventada por uma luta social e articulação coletiva entre usuários, familiares, profissionais e instituições de ensino/pesquisa.

Conclui-se, portanto, que a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental não pode repousar apenas sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Um cuidado digno precisa ser costurado entre os diferentes pontos da rede: atenção básica, CAPS, hospital geral, centros de convivência, transporte, educação, cultura, assistência social e tantos outros espaços que possibilitem a circulação dos sujeitos pela cidade. A formulação de uma política municipal de saúde mental e a criação de linhas de cuidado são passos fundamentais nesse processo. Mais do que um imperativo técnico, trata-se de uma urgência ética e política. Afinal, como disseram os participantes desta pesquisa, “a gente aqui sabe o que diz, porque diz o que sente na pele”. Basaglia nos diz que “não sabemos qual será o próximo passo” das articulações da reforma, e compreendo que muitos atos de cuidado só conseguimos ver, entender ou articular seus efeitos a posteriori. Mas entendendo que estamos no “a posteriori” das conferências de saúde mental, o que se faz ou se fez com as enunciações surgidas nesse dispositivo? Me parece ainda, que a consolidação ou minimamente o ensaio de um modelo de atenção para o Brasil profundo possa ser esse que os atores-participantes de um CAPS de Mossoró ensejam com relação a saúde mental.

As discussões em torno do território e da produção de cuidado aparecem em grande parte da literatura que discute as questões de Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, saúde mental, atenção psicossocial e práticas de cuidado em liberdade. Os autores que versam sobre

a desinstitucionalização (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2019) trazem em seus escopos de discussão questões relacionadas ao trabalho no território, pontuando os serviços de base territorial como possibilidades de inovação em práticas terapêuticas, na tentativa de sair de uma função imprópria de internamento, custódia e privação de liberdade. Essa questão surge também como constituinte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois de acordo com as portarias, os serviços devem se constituir e funcionar a partir da lógica do território, dando ênfase aos serviços de base comunitária e territorial (Brasil, 2002, Brasil, 2011)

Diante da Reforma Psiquiátrica, os serviços foram (e continuam) se modificando; o lugar do tratamento vem sendo redirecionado dos manicômios para os territórios. As ações territoriais dos serviços substitutivos promovem a possibilidade de emancipação e autonomia dos usuários, abrindo espaço para que a produção de sentido do cuidado e das questões de saúde mental ocorram de modo singular para cada sujeito, ampliando assim as concepções de cura não mais como unicamente remissão de sintomas, mas como produção de vida (Oliveira, 2004). Milton Santos (1999, p. 7) caracteriza o território para além de uma localização geográfica, como um “lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência”. Nesse sentido, a importância do investimento na “construção dos serviços substitutivos territoriais” que atuem a partir dos recursos presentes na comunidade, como grupos de moradores, cooperativas de trabalho e demais iniciativas abertas em território. É interessante que os serviços de saúde intencionem encontrar com o território e articulem com ele a produção de atos de cuidado em saúde mental, articulação essa que vai para além dos muros dos serviços e podem constituir-se no chão dos territórios, nos papos de calçada, nas praças, nas visitas domiciliares ou onde houver sujeitos dispostos a essa produção, circulando assim no espaço social onde “a vida pulsa” (Lima; Yasui, 2014).

Para Silvio Yasui (2010), essa perspectiva rompe com o enquadramento do território como mera delimitação de áreas e espaços que são necessários para organizar o fluxo territorial de um serviço. Para além das instalações físicas, as equipes de saúde precisam inaugurar espaços de subjetivação, visto que cada CAPS está situado em um território diferente, com usuários diferentes e consequentemente questões sociais diferentes, pois a cultura do território impacta no modo de vida dos sujeitos, portanto, é preciso fazer parte do território, colocar-se à disposição para a produção de sentidos do território de modo conjunto, escutando as demandas,

pensando ações de encaminhamento e permitindo que os sujeitos falem por si sobre suas questões de saúde mental. A base para as ações territoriais e as práticas de saúde mental dos serviços substitutivos está na mobilização da comunidade e dos movimentos populares, pois é no fazer cotidiano que os sujeitos inventam caminhos para a vida, para o trabalho, para lidar com suas questões e para a convivência com os outros que o rodeiam. Por isso, há grande importância de serviços como os CAPS, que apostam na circulação social, na produção de ser, de amar, de conviver e de cuidar coletivamente. Essas intervenções realizadas no território podem levar tanto os usuários quanto a equipe à reinvenção coletiva, como se fosse possível transformar “um espaço desconhecido, sem marcas e sem história, em um território próprio” (Lima; Yasui, 2014, p. 601), daí surgem as marcas singulares produzidas pelos sujeitos, que podem advir pela arte, pela possibilidade de palavra, como um movimento de pertencimento ao próprio território.

A pesquisa buscou escutar o que os usuários de um CAPS pleiteiam coletivamente quanto às práticas de cuidado e às políticas de saúde mental do município de Mossoró/RN e como percebiam as que já vêm sendo instituídas. Verificou-se, também, como tem sido possível aos CAPS fazer uso desse dispositivo essencial, que é a palavra. Constatou-se que o modo das práticas de cuidado pode fazer calar ou fazer pronunciar. Acompanhou-se o que tem sido possível inventar, diante de um serviço que por vezes é fragilizado, para a promoção de cuidado em saúde mental. Concluímos que pode ser possível dialogar sobre as tessituras que o CAPS e os usuários vêm costurando no meio de seu caminho e estender tecidos para esta ação. O texto trouxe a importância do território e da produção de cuidado na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial. Ele destaca como os serviços de saúde mental, especialmente os CAPS, têm se transformado para promover a emancipação e autonomia dos usuários, utilizando recursos comunitários e territoriais. A abordagem territorial é vista como essencial para a produção de cuidado em saúde mental, permitindo que as práticas de cuidado sejam adaptadas às necessidades específicas de cada território e seus habitantes. A pesquisa realizada em Mossoró/RN buscou entender as demandas dos usuários dos CAPS e como esses serviços têm utilizado a palavra e a escuta como ferramentas fundamentais para a promoção do cuidado. Conclui-se que a articulação com o território e a mobilização da comunidade são cruciais para a efetividade das práticas de saúde mental, promovendo a invenção coletiva da produção de vida. Sair do CAPS não seria fechar ou abandonar os CAPS, mas ganhar a cidade.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. I. 1º Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial. Estudos de Psicologia (Natal). v. 2, n. 2. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000200015>.

AMARAL, A. L. M.; GENTINI, A. G. M.; AMARAL, R. A. Grupo como dispositivo: a microintervenção ecosófica nos processos de formação em educação ambiental. Educação e pesquisa. 2018; v. 44, p. e170967. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201844170967>

AMARANTE, P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

AMARANTE, P. D. C. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; RANGEL, M. A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na Reforma Psiquiátrica. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, v. 3, n. 4, p. 10-16. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.3395/reciis.v3i4.747>.

ARBEX, D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARRAES, A. K. M. DIMENSTEIN, M. SIQUEIRA, K. VIEIRA, C. ARAÚJO, A. Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). Rev. psicol. polít., v. 12, n. 23, p. 71-85, jan. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2012000100006&lng=pt&nrm=iso>.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface, 2004.

BARROS, L. P. KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Orgs.) Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BARROS, M. Livro das ignoranças São Paulo: Record, 1993.

BARROS, M. Livro sobre nada. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2016.

BARROS, R. B. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersectorial, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1994.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da V Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Declaração de Caracas. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.

Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE. Disponível em:

https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=08348971000139&VEstado=24&V

Nome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20MOSSORO.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 1999.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade na atenção à saúde (pp. 261–278). Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

COELHO, K.H.L. LEMOS, F.C.S. GALINDO, D.C.G. AQUIME, R.H.S. BENGIO, F.C.S. Escrivências e resistências na plantação de memórias. Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales, v. 18, n. 7, p. 01-14, 2025

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP, 2022. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-no-centro-de-atencao-psicossocial-caps/>.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. P.; COUTINHO, M. P. L.; COSTA, E. C.; HOLANDA, I. T. A. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. Psicologia e Saber Social. 2016; v. 5, p. 35-45.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DALMOLIN, BM. *Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

DELGADO, P. G. G.; GOMES, M. P. C.; COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001.

DIEHL, R. Dispositivos grupais e tecnológicos na pesquisa-intervenção. Revista Polis e Psique, 2015; v. 5, n. 2, p. 210-227. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/download/53950/34944>

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARTINS, J.J.N e REGO, S. Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1989.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, 1999, v. 15, n. 2.

FREIRE, P. Educação e mudança. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, F. C. MACHADO, A. R. SUS-tentar afetos e cabimentos: a oficina de hortaliças como possibilidade de cuidado. In: Nada será como antes: invenções cotidianas para o

cuidado em liberdade nas redes de atenção psicossocial. Belo Horizonte: ESP/MG, 2024.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama IBGE – Cidade. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTI, C. M. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado - vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; v. 16, n. 7, p. 3051-3060.

JUCÁ, V. J. S; MEDRADO, A. C.; SAFIRA, L.; GOMES, L. P. M.; NASCIMENTO, G. V. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. Barbacena, 2010.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M.; ANTONACCI, M. G.; GUESES, A. C. Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. *J. nurs. health*, v. 11 n. 2. p. 1-19. 2021.

LACAN, J. De nossos antecedentes (1946). *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: laços sociais. Barbacena: Mental, n. 8, p. 53-60, 2007.

LOBOSQUE, A. M. Intervenções em Saúde Mental: um percurso pela reforma psiquiátrica Brasileira. São Paulo: Hucitec, 2020.

MACEDO, J. P., DIMENSTEIN, M. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a Reforma Psiquiátrica. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v. XII, n. 1-2, p. 419 - 456, 2012.

MACHADO, A. R. FARIA, A. R. D. A formação em Saúde Mental na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: apostas, estratégias e compromissos. *In: Nada será como antes: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas redes de atenção psicossocial*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2024.

MARCONI, A. M.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas 2003.

MELLO, V. R. C. PAULON, S. M. Travessias de humanização na saúde mental: tecendo redes, formando apoiadores. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da saúde, 2015.

MELO, W. Nise da Silveira e a instalação do humano. *Revista Cult*, n. 292, p. 1-48. São Paulo: Bregantini, 2023.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. 3. ed. p. 171-112. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Práxis en salud un desafío para el público. São Paulo: Hucitec. 1997; v. 1, p. 113-150.

OLIVEIRA, F. M. Território da vida: um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

PAIM, G. M.; GUINSBURG, S. Z. N.; LIMA, M. A. F.; CASTAN, J. U. O Grupo do Jornal do CAPS: uma visão prática das tecnologias de cuidado em saúde mental. 2021; v. 13, n. 24, p. 1679-4427.

PAIVA, I. L.; YAMAMOTO, O. H. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 549-569, abr.-jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000200009>.

PASSOS, E.; BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Orgs.) Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Orgs.) Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ. Plano Municipal de Saúde/PMS 2022-2025/Vigência 2022. Mossoró, 2022.

RÉZIO, L. de A.; CECCIM, R. B.; SILVA, A. C. L.; CEBALHO, M. T. O.; BORGES, F. A. A dramatização como dispositivo para a Educação Permanente em Saúde Mental: uma pesquisa-intervenção. Interface. 2022, v. 26. <https://doi.org/10.1590/interface.210579>

ROCHA, M. L. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Psicologia: Ciência e Profissão, 2003; v. 23, n. 4, p. 64-73.

ROCHA, T. H. R.; PAULA, J. G.; CASTRO, F. C. Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. Vínculo. 2021; v. 18, n. 1. p. 95-105. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v18n1p95-105>

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2019.

SADE, C.; BARROS, L. M. R.; MELO, J. J. M.; PASSOS, E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 2013. v. 18. n. 10. p. 2813-2824.

SANTOS, A. Uma política da loucura: e outros textos/ François Tosquelles. São Paulo: sobinfluencia edições/Ubu editora, 2024.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. São Paulo, 1999.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. *In*: SAWAIA, B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 6. p. 96-118.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 2009.

SILVA, F. S.; SIMPSON, C. A.; DANTAS, R. C. Reforma psiquiátrica em Natal-RN: evolução histórica e os desafios da assistência de enfermagem. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*10(2):101-9. 2014. Disponível em:
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000200008.

YASUI, S. Apostas em uma Atenção Psicossocial menor. *In*: EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. *SaúdeLoucura*10. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 209-231.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICES

- 1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- 2) Roteiro de Entrevista
- 3) Roteiro Dedinho de Prosa
- 4) Parecer do CEP

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar de uma pesquisa científica intitulada: “**A palavra, instrumento nosso: dizeres dos usuários sobre o cuidado em saúde mental**”, realizada pela pesquisadora **Paula Rolim Pinto de Souza**, sob a orientação da **Profa. Dra. Deise Juliana Francisco** e co-orientação do **Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim**, que segue as recomendações das Resoluções nº 466/12⁶ e nº 510/16⁷, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementariedades. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso você decida aceitar, os procedimentos da pesquisa envolverão:

1. participar de três encontros do grupo-dispositivo “Dedinho de Prosa”, que será conduzido pela pesquisadora responsável, Paula Rolim Pinto de Souza, no Centro de Atenção Psicossocial Antônio Herculano Soares de Oliveira, em dias e horários a serem acordados previamente.
2. conversar com a pesquisadora quanto aos esclarecimentos sobre a proposta de estudo, conhecer a metodologia, entender o procedimento do grupo-dispositivo “Dedinho de Prosa” e os preceitos éticos de pesquisa das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa tem como objetivo geral discutir, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, o que os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial adulto do interior nordestino enunciam de modo coletivo sobre os modos desejados de cuidado em saúde mental e como enunciam, desde o lugar de uso das ações de saúde mental, como possibilidade à formulação de uma Política Municipal de Saúde Mental. Durante os encontros, você será convidado a falar sobre os cuidados que recebe e que deseja receber nos serviços de atenção em saúde mental que você frequenta na cidade de Mossoró/RN, escolhendo aquilo que quer relatar, evitando aquilo que não tenha interesse em compartilhar. Os diálogos acontecerão a partir do tema geral “Proseando sobre saúde mental: o cuidado que temos e o cuidado que queremos”. Você estará livre para falar quando desejar, bem como, para manter o silêncio ou retirar-se do grupo a qualquer momento. Os encontros do grupo serão gravados e a pesquisadora terá um caderno de anotações do tipo diário de campo que auxiliará na condução dos próximos encontros e na escrita da pesquisa.

Todo o material coletado durante os encontros do grupo (gravação, fotos, anotações) será guardado em sigilo e preservado o anonimato sob a responsabilidade do pesquisador coorientador, o professor Ricardo Burg Ceccim. De acordo com a Carta Circular 01/2021, no item 3.3.2, que determina que não se deve manter dados de pesquisa em ambiente virtual como “drive” e “nuvem”, a guarda de todos os documentos relacionados com esta pesquisa, digitalizados ou originais (imagens, falas transcritas, diários de anotações, áudios, vídeos, impressos e pen drives) serão guardados em ambiente

físico, usando-se caixa com cadeado combinado, resistente, antiferrugem, à prova d'água, com chave com 4 dígitos e senha. Com o objetivo de assegurar a confidencialidade, a segurança das informações coletadas e a privacidade das informações colhidas, conforme a Resolução 466/12, item XI - DO

⁶ <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

⁷ https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resolucao_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf

PESQUISADOR RESPONSÁVEL, “a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais” (inciso XI.1), já o inciso XI.2 determina que “cabe ao pesquisador “f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa”, assim, conforme determinação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, será “necessário que o TCLE tenha descrito o local de guarda da pesquisa, pois o pesquisador responsável precisa ter acesso a esses dados, para que possa acessá-lo inclusive para o descarte adequado após os cinco anos de guarda”. O CEP-UERN solicita “o local específico de guarda dos dados da pesquisa”, assim, o local será a sala do pesquisador coorientador, que é a sala 17, do prédio do Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFRSA, em Mossoró- RN (o endereço está ao final).

Os **benefícios** desta pesquisa são a possibilidade de escrever o que os usuários pleiteiam para o cuidado em saúde mental na cidade de Mossoró/RN, bem como, contribuir com material que ressalte a importância da construção de uma Política Municipal de Saúde Mental. Salienta-se que esta pesquisa pretende contribuir academicamente com saberes relativos às percepções e formação subjetiva que permeiam as políticas e modos de cuidado em saúde mental.

Os **riscos** de participar da pesquisa são poucos, mas possíveis, uma vez que no decorrer do grupo podem sobrevir memórias indesejadas, sensações pregressas, experiências do passado, mas a pesquisa pode ser interrompida e retomada em outro momento. Se você se sentir exposto a algum questionamento, pode pedir para eliminar essa parte ou suspender a direção que o diálogo no grupo está tomando. Você não precisará responder a nada que não queira. Sentimentos e emoções serão acolhidos com escuta, tranquilidade e, se for o caso, um abraço ou uma palavra de conforto. Esses riscos serão minimizados mediante o compromisso de divulgar somente as informações, voz e imagem, claramente autorizadas por você, sendo estes dados usados para fins exclusivamente acadêmicos.

Consentimento Livre

O presente documento terá duas vias rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao final por você e pela pesquisadora responsável. Você ficará com uma via original deste TCLE e a pesquisadora responsável com uma via. Toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora Paula Rolim Pinto de Souza. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP-UERN) - Rua Miguel Antônio da Silva Neto s/n. Home page: <http://www.uern.br> - e-mail: cep@uern.br – CEP: 59607- 360 - Mossoró –RN, Tel: (84) 3315-2094. A pesquisadora responsável e os pesquisadores orientadores estarão à disposição para quaisquer esclarecimentos durante todo o processo de desenvolvimento do estudo.

Se por ventura houver gasto de qualquer natureza em virtude de sua participação nesse estudo, lhe será garantido o direito à indenização (Res. 466/12 II.7), incluindo cobertura material para reparar dano, assim como o direito ao ressarcimento (Res. 466/12 II.21), incluindo compensação material, em caso, exclusivamente, de despesas da participação ou de seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação, sendo a indenização e/ou o ressarcimento de responsabilidade da pesquisadora Paula Rolim Pinto de Souza. Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do trabalho científico, podendo ser divulgados em eventos acadêmicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. Tenho ciência de que o uso do grupo-dispositivo é uma forma de ampliar o conhecimento sobre as experiências vividas, os sentimentos e as sensações pessoais ou coletivas dos participantes, não possuindo qualquer proposta clínica ou terapêutica, apenas a conversa, a troca entre pares e a interlocução com uma pesquisadora que também atua na área de atenção psicossocial.

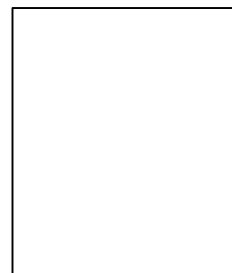
O participante ficará com uma via original do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para toda e qualquer dúvida, ficam indicados os pesquisadores nominados e a coordenação do Programa de Pós-Graduação: Universidade Federal Rural do Semiárido, Campus Mossoró, Av. Francisco Mota, 1478, Bairro Alto São Manuel, CEP 59.625-900 – Mossoró – RN, e-mail: ppgcti@ufersa.edu.br, telefone (84) 3317-8296. Dúvidas a respeito da ética em pesquisa poderão ser buscadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Rua Miguel Antônio da Silva Neto, s/n, Bairro Aeroporto, CEP 59607-360, Mossoró – RN, e-mail: cep@uern.br, telefone (84) 3315-2094. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento do estudo.

Declaro estar ciente de todos os termos aqui descritos, concordo em participar da pesquisa. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, seus procedimentos, possíveis riscos à minha participação e benefícios esperados. Foram assegurados o meu anonimato e o direito de desistir desse consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Nada receberei e nada pagarei por esta participação.

Mossoró, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



Paula Rolim Pinto de Souza (Pesquisadora Responsável) – Aluna do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Campus Mossoró, no endereço: Av. Francisco Mota, 572 – Bairro Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-900 – Tel. (84)3317-8200.

Ricardo Burg Ceccim (Orientador da Pesquisa) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Campus Mossoró, no endereço: Av. Francisco Mota, 572 – Bairro Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-900, Tel. (84)3317-8200.

Deise Juliana Francisco (Orientadora da Pesquisa) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Campus Mossoró, no endereço: Av. Francisco Mota, 572 – Bairro Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-900, Tel. (84)3317-8200.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP-UERN), no endereço: Rua Miguel Antônio da Silva Netos/n, Bairro Aeroporto– Mossoró/RN – CEP 59.607-360 – Tel. (84) 3315-2094 – homepage: <http://www.uern.br>, e-mail: cep@uern.br.

2) Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A PALAVRA, INSTRUMENTO NOSSO: DIZERES DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Dados de identificação	
Nome	
Pseudônimo	
Cargo que ocupa	
Tempo de serviço	

Perguntas norteadoras

1. Como funciona o planejamento e articulação das ações de cuidado no CAPS II?
2. Quais os principais desafios e impasses que a gestão e os trabalhadores do CAPS encontram?
3. Quais saídas/caminhos têm sido possíveis diante dos desafios encontrados no trabalho?
4. Você acredita que a existência de uma Política Municipal de Saúde Mental e/ou de uma Linha de cuidado em saúde mental no município faria diferença no modo com que o CAPS II articula as ações de cuidado em saúde mental?

*Destaca-se que a entrevista foi articulada em forma de perguntas com foco para a possibilidade de construção de uma narrativa livre por parte da entrevistada.

3) Roteiro do Dedinho de Prosa

ROTEIRO DO GRUPO-DISPOSITIVO DEDINHO DE PROSA

TEMA GERAL – PROSEANDO SOBRE SAÚDE MENTAL: O CUIDADO QUE TEMOS E O CUIDADO QUE QUEREMOS

Eixo	Descrição	Arte - “fio condutor”	Etapas do encontro
Eixo I - O fio da prosa	O tema central é apresentado e os diálogos iniciam a partir de uma manifestação artística que convoca os sujeitos a falarem livremente sobre o que pensam, expressando sentimentos, pensamentos e vivências em torno do cuidado em saúde mental.	Poesia coletiva localizada na epígrafe deste trabalho	1. Acolhida inicial: apresentação da proposta e convite para compor a roda. 2. Leitura da poesia coletiva 3. Roda de conversa: participantes compartilham sentimentos e vivências a partir da poesia e de suas próprias experiências 4. Fechamento da discussão e convite para o próximo encontro.
Eixo II - Arte e cultura	Materializar as palavras em oficinas de escrita, de desenho/pintura, colagem ou do modo que for possível para que os sujeitos se posicionem de modo criativo e singular na intenção de impulsionar novos diálogos.	Marcas-memórias de cuidado	1. Acolhida inicial e convite para que os usuários compartilhem sobre suas “memórias de cuidado”. 2. Oficinas de arte 3. Roda de conversa: compartilhamento das produções 4. Diálogos sobre arte, memória e cuidado; e o convite para o próximo encontro.
Eixo III - Educação em Saúde	Elaborar encaminhamentos coletivos a partir das produções anteriores, reconhecendo a educação em saúde como dispositivo indispensável para a construção de um cuidado em saúde mental.	Música <i>Comida</i> (Titãs)	1. Acolhida inicial 2. Roda de conversa a partir da música proposta 3. Produção coletiva: elaboração de uma carta coletiva a ser direcionada aos gestores de Mossoró 5. Encerramento do momento, agradecimentos e considerações finais.

*Destaca-se que todos os encontros ocorreram de modo fluído, de acordo com o que surgia na fala dos participantes, não necessariamente seguindo uma lógica rígida entre as etapas.

4) Parecer do CEP

UERN - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A palavra, instrumento nosso: dizeres dos usuários sobre o cuidado em saúde mental

Pesquisador: PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 83453924.6.0000.5294

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.370.029

Apresentação do Projeto:

O projeto em tela é uma dissertação de mestrado que objetiva discutir como os usuários de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enunciam de modo coletivo sobre as práticas de cuidado em saúde mental e como enunciam, desde o lugar de uso da atenção psicossocial, como possibilidade à formulação de uma Política Municipal de Saúde Mental. Buscando viabilizar espaços de palavra para os usuários e as usuárias para a discussão dos modos de cuidado que almejam para si e para seus pares, traçando um percurso metodológico a partir de um estudo qualitativo, tendo como referencial o grupo-dispositivo em pesquisa-intervenção. O Grupo-dispositivo é o Dedinho de conversa, já realizado no CAPS, e consistirá em três encontros nos quais serão abordados eixos diferentes. A proposta ainda percorre a trajetória das Conferências Nacionais de Saúde Mental a partir de uma análise documental, como um caminho para visibilizar o trabalho de Reforma Psiquiátrica e possibilitar a construção de políticas de saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Discutir, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, o que os usuários de um CAPS adulto do interior nordestino enunciam de modo coletivo sobre os modos desejados de cuidado em saúde mental e como enunciam, desde o lugar de uso das ações de saúde mental, como possibilidade à formulação de uma Política Municipal de Saúde Mental.

Endereço: Rua Miguel Antonio da Silva Neto, s/n

Bairro: Aeroporto

CEP: 59.607-360

UF: RN

Município: MOSSORO

Telefone: (84)3315-2094

E-mail: cep@uern.br

UERN - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE



Continuação do Parecer: 7.370.029

Específicos

- ¿ compreender como está a implementação das ações e serviços de saúde mental em municípios de interior nordestino, tomando o caso de Mossoró/RN;
- ¿ discutir as políticas públicas de saúde mental e sua articulação com o cuidado intersetorial embasado em território e sob a participação popular;
- ¿ escutar e descrever o modelo de acolhimento e cuidado pleiteado pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial para adultos no interior nordestino;
- ¿ contribuir para a formulação de políticas de formação, atenção e gestão em saúde mental coerentes com a pauta de modelo assistencial em saúde mental dos usuários das ações e serviços de atenção psicossocial e seus familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram bem avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram sanadas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2421750.pdf	17/12/2024 17:25:04		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Atualizada.pdf	17/12/2024 17:21:44	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Outros	PORTARIA569.pdf	22/11/2024 13:02:10	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Outros	Cartaresposta_pendencias.pdf	22/11/2024 13:01:03	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias.pdf	28/10/2024 00:06:11	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito

Endereço: Rua Miguel Antonio da Silva Neto, s/n

Bairro: Aeroporto

CEP: 59.607-360

UF: RN

Município: MOSSORO

Telefone: (84)3315-2094

E-mail: cep@uern.br

UERN - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE



Continuação do Parecer: 7.370.029

Outros	Roteiro_de_entrevista.pdf	27/10/2024 23:51:30	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoQualificacao_alterado.docx	27/10/2024 23:44:35	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Outros	Termo_audio.pdf	27/10/2024 23:43:45	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Outros	Termo_imagem.pdf	27/10/2024 23:43:10	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	27/10/2024 23:41:00	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.docx	27/10/2024 23:32:31	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/09/2024 20:36:40	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/09/2024 20:36:16	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaocepPaulaRolim.pdf	16/09/2024 20:24:43	PAULA ROLIM PINTO DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MOSSORO, 10 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
JUCE ALLY LOPES DE MELO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Miguel Antonio da Silva Neto, s/n

Bairro: Aeroporto

CEP: 59.607-360

UF: RN

Município: MOSSORO

Telefone: (84)3315-2094

E-mail: cep@uern.br