

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**WILLIANA NUNES DE MORAES LOUZADA**

**PROCESSOS DE PRIVATIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL:  
O MÉTODO DA CLÍNICA COMO RESISTÊNCIA**

Niterói RJ  
2018

WILLIANA NUNES DE MORAES LOUZADA

**PROCESSOS DE PRIVATIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL:  
O MÉTODO DA CLÍNICA COMO RESISTÊNCIA**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE,  
COMO REQUISITO PARA OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE DOUTORA EM PSICOLOGIA.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

NITERÓI  
SETEMBRO, 2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG

M827p Moraes Louzada, Williana Nunes de  
Processos de Privatização na Saúde Mental: O Método da  
Clínica como Resistência / Williana Nunes de Moraes Louzada  
; Eduardo Passos, orientador. Niterói, 2018.  
138 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,  
2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2018.d.09178484707>

1. Saúde Mental. 2. Privatização. 3. Clínica. 4. Saúde  
Pública. 5. Produção intelectual. I. Título II.  
Passos, Eduardo , orientador. III. Universidade Federal  
Fluminense. Instituto de Psicologia.

CDD -

Bibliotecária responsável: Angela Albuquerque de Insfrán - CRB7/2318

WILLIANA NUNES DE MORAES LOUZADA

**PROCESSOS DE PRIVATIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL:  
O MÉTODO DA CLÍNICA COMO RESISTÊNCIA**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE,  
COMO REQUISITO PARA OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE DOUTORA EM PSICOLOGIA.

Aprovada em 27 de Setembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

---

Dr. Eduardo Passos – UFF (Orientador)

---

Dr. Helder Muniz – UFF

---

Dra. Cláudia Elizabeth Abbês Baeta Neves – UFF

---

Dr. Dário Frederico Pasche – UFRS

---

Dr. Ligia Bahia – UFRJ

## SUPLENTE

Dra. Márcia Moraes - UFF  
Dr. Maria Paula Cerqueira Gomes - UFRJ

Aos meus avós, hoje, todos ausentes,  
Com muita saudade, dedico a eles que, paradoxalmente,  
são tão presentes em minhas memórias afetivas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu grupo de orientação, aos que passaram e aos que ainda estão, todos que carregaram nessa tese com carinho e valor inestimáveis. Eles me fizeram entender o sentido de coletivo como maior que um ajuntamento de pessoas! Ao orientador Eduardo Passos, pela proposta coletiva, pelo acompanhamento que já passa de 10 anos, pela amizade e pelo amor. A parceria que construímos é de confiança, de estar ao lado um do outro, e seguiremos juntos.

Agradeço à Universidade Federal Fluminense, que me graduou e foi sempre companheira das apostas coletivas e ousadas no campo da subjetividade.

Agradeço à minha família pelo apoio também irrestrito.

Agradeço ao companheiro que chegou em minha vida no meio desse percurso e tornou-se um grande parceiro nessa jornada, meu revisor, meu copidesque, meu apoiador institucional. Amo você, Pedro.

Aos amigos: Everson, por também chegar em minha vida com tamanha força e cumplicidade; André, meu sócio tão querido, companheiro das leituras de Marx e tantas aventuras; Flavinha, por tantas caminhadas no aterro, cafés e almoços aconchegantes, fundamentais para sustentar o processo; Marina, amiga de convivência tão íntima que torna difícil uma frase mais característica da nossa relação, mas foi aquela com quem contei também sempre; Joana, minha colega de turma, uma companhia mútua do início ao fim, nas disciplinas e nas tantas, tantas trocas. Uma amizade que nasceu no doutorado e seguirá para a vida; Maura, que chegou aos poucos e, hoje, tão amiga e cúmplice; Marcia Cabral, uma querida que abraça trazendo aquele aconchego sem igual; André Miranda, que não fique chateado, mas sua marca serão as festas, que muito nos formaram...; Marcio Loyola, companheiro de orientação e de clínica, uma delícia dividir com você um campo de interesses comum; Priscila, que me ajudou a passar pelas crises, com sua sensibilidade e empatia sem igual; Rosa, querida companheira pesquisadora e trabalhadora com tantas afinidades; ao grupo de trabalhadores da saúde mental, que me sustentou nos momentos mais difíceis: Ellen, Poly, Dani, Gabi, João, Laís, Lívia, Mari, Rogério, Sady, Romulo e Wilma; às colegas de trabalho mais parceiras que eu poderia ter, fundamentais na formulação do problema de tese e no sustento da aposta, tudo com muita amizade incluída: Kizzy, Izabel e Luiza Medina; aos amigos da vida que são minha família eleita: Rafa, Lorena, Agnaldo e Julia; à amiga que a obra de casa deu de presente e nos fez dividir o acolhimento de Edu Passos em sua casa; Noele: aquela amiga que também chegou pra ficar e contribuiu muito lendo o trabalho e dialogando; aos estagiários que estiveram comigo no Estágio em Docência, vocês me deram aula! Foi incrível; à amiga Alê Lacaz, que esteve mais presente no início do doutorado assim como Lívia Cretton e aos que não nomeei aqui, são muitos! Há muito a agradecer, são muitos atores nesse processo.

Às equipes dos CAPS e do Centro de Estudos, pela participação na pesquisa e colaboração. À minha analista Tania Kolker, sem ela seria muito difícil a travessia. A todos os usuários de saúde mental que conheci nessa caminhada, ao Coletivo de Trabalhadores, Usuários e Familiares de Saúde Mental, importante frente militante

nesses tempos duros. Ao Instituto Municipal Nise da Silveira, importante local onde trabalhei boa parte desses anos de doutorado, onde também contei com liberação para aulas e incentivo para a pesquisa.

A todos, meu muito obrigada e meu reconhecimento de que sem vocês não seria possível.



Se as coisas são inatingíveis...  
ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos,  
se não fora  
a presença distante das estrelas!

Mário Quintana

## RESUMO

O presente trabalho discute o processo de subjetivação no sistema capitalista e sua voracidade que comparece como uma lógica, invadindo o campo de atuação da Saúde Mental. Nesse sentido, com base nos pressupostos da inseparabilidade entre clínica e política e entre gestão e clínica, debatemos o modelo gerencial que vem sendo implementado na saúde mental do município do Rio de Janeiro, a partir da imersão em dois Centros de Atenção Psicossocial. Ali, se faz presente a lógica infinita do modelo capitalista frente à relação mercadológica que vem se impondo à Saúde. Nesse rastro, propomos uma Clínica da Atenção Psicossocial conectada aos princípios do SUS, uma clínica da criação e do desvio que seja finita, que rompa com a mera reprodução, trazendo a produção de autonomia como finalidade. Trata-se de uma pesquisa-intervenção como resistência aos processos de privatização na Saúde Mental, processos esses que apesar de evidenciados também nos serviços diretamente geridos pela Secretaria de Saúde, percebemos maior expressão nos serviços geridos por Organizações Sociais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Privatização. Organizações Sociais. Saúde Pública. SUS. Política. Clínica. Gestão.

## **ABSTRACT**

The present thesis discusses the process of subjectivation in the capitalist system and its voracity that compares an invasive logic to the field of action of Mental Health. In this sense, based on the presuppositions of inseparability between clinical and political and clinical management, the managerial process is implemented in the mental health of the city of Rio de Janeiro from the immersion in two Centers of Psychosocial Attention. There, the infinite logic of the capitalist model comes to the face of a market relationship that comes to be imposed on Health. In this trail we propose a Psychosocial Care Clinic connected to the principles of SUS, a clinic of creation and referral that is finite, which brings with a reproduction, bringing a production of speed as final. It is a session of consultation with the processes of privatization of Health. The patients who feel most serious in the services managed by non profit organization, are also separated in the centers directly managed by the Municipal Healthcare Bureau.

**Key words:** Mental Health. Privatization. Non Profit Organization. Public Health. SUS (Brazilian Public Health System). Politics. Clinic. Management.

## SUMÁRIO

0 Primeiras palavras.....	12
1 Para começar a conversa.....	21
1.1 Clínica e gestão: apostando na clínica como o que orienta nossa política.....	34
1.2 Clínica da Atenção Psicossocial.....	40
2 O público e seu sentido na lógica produtiva.....	49
2.1 O comum.....	52
2.2 Infinitização: uma lógica da subjetividade capitalística.....	59
2.3 Produção e reprodução.....	62
3 A clínica como método ou o método da clínica.....	65
3.1 Em cada CAPS uma experiência.....	70
3.2 A clínica como método de resistência.....	107
4 Conclusão.....	111
5 Referências.....	120
Anexos	

## 0 Primeiras palavras

Se tens um coração de ferro,  
bom proveito. O meu,  
fizeram-no de carne  
e sangra todo dia.

*A segunda vida de Francisco de Assis (José Saramago, 1987, p.39)*

Implicada no campo da saúde mental, em vários momentos, fui questionada sobre o porquê de não escrever a respeito de minha experiência mais direta. Às vezes, me pergunto também sobre isso, até porque tem sido um desafio entender esse caminho. Por que escolhi esse tema, afinal? Qual a relação dos diários de campo, que são e não são do meu exato campo de pesquisa?<sup>1</sup>

A experiência de quem se propõe a escrever sobre as práticas de gestão e seus efeitos clínicos traz consequências que compartilharemos ao longo desse texto, inclusive, como parte da dinâmica metodológica. Trata-se de um esforço que leva em alguns momentos, à exaustão do corpo e em outros, ao endurecimento atípico no processo de escrita e de pesquisa da autora, mas muito comum entre trabalhadoras e trabalhadores de saúde que com a aridez cotidiana procuram se proteger.

Esse movimento, tanto nesse trabalho quanto no cotidiano de um hospital, pode ser interceptado por gestos, falas, objetos, algo que produza cuidado, que resgate do endurecimento e que descanse o corpo<sup>2</sup>. Algo que nos faça lembrar da potência de nosso trabalho e do cuidar, que é ao mesmo tempo de si e do outro.

Foi assim que um convite me interpelou. Durante o mês de julho de 2015, aconteceu no Rio de Janeiro o Encontro Nacional de Estudantes de Arquitetura. Preocupados em discutir o tema da cidade, os estudantes ousaram se hospedar no Hotel da Loucura, dentro do Instituto Municipal Nise da Silveira e como funcionária, fui convidada a participar do evento. Essa hospedagem trouxe de volta a aproximação

---

<sup>1</sup> Escrevi alguns diários de campo que falavam de meu cotidiano de trabalho em um ainda Hospital Psiquiátrico da Rede de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro. Esses diários dizem respeito à aridez cotidiana do trabalho em saúde mental, do quanto é difícil ali, a techedura de redes e a articulação dos cuidados em saúde, de maneira integral. Penso que por ora não cabe a exposição desses diários, pelo recorte do trabalho com os CAPS, que será explicitado mais a frente.

<sup>2</sup> Expressão usada por Esmeralda, fio condutor da minha dissertação de mestrado: "Espaços que insistem, vidas que resistem: a longa permanência em questão", defendida em 2012, no programa de pós-graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo.

do campo da arquitetura com os espaços manicômiais e sua produção. Desse lugar de trabalhadora, militante da desconstrução do manicômio e da circulação da loucura pela cidade, conversei com os estudantes sobre a influência da arquitetura dos manicômios nos corpos.

Ao falar nesse evento sobre o campo da saúde mental, pude experimentar, mais uma vez, o modo como me toca o tema da paralização do “louco”, ou seja, como a cidade se torna hostil à loucura e como podemos fazer circular o “louco” e a loucura pela cidade. De fato, fazer a loucura circular pela cidade é sempre um esforço dos profissionais, familiares e usuários desse campo.

Urge uma discussão necessária e uma criação de *know how* para a efetividade das políticas públicas em saúde. É exatamente puxada pelo que mais me afeta nesse campo, os pacientes de longa permanência psiquiátrica, que me interessam por compreender as políticas de saúde mental também em seu âmbito mais macro.

Foi numa enfermaria de longa permanência psiquiátrica<sup>3</sup>, em 2008, que tive o primeiro contato com a loucura, ainda como estagiária, onde iniciei um percurso pela saúde mental. Numa experiência fora do tempo-espaço, onde o tempo parecia ter parado num espaço que aparentava não existir no século XXI, que aprendo o mais básico e, ao mesmo tempo, o mais sofisticado modo de estabelecer relações de cuidado. Na conversa com Fernand Deligny (2015), percebo que a experiência primeira é de um cuidado comigo, pois sou cuidada ao conviver, ao me “aproximar” daquelas pessoas.

Deligny, no que diz respeito à convivência com os autistas, expõe uma simples proposta de aproximar-se, a qual considera as presenças próximas pessoas sem caracterização profissional, que construíam uma vida comum a partir da constância, e dessa presença que operava cuidado, respeitando um modo de existir e uma distância que garantisse não atrapalhar, não se deveria deixar chegar modelos e qualquer força de transformação daquela existência. Proposta simples, mas nada fácil e isso me remete a minha chegada à Longa. Muito simples era a proposta à então,

---

<sup>3</sup> Refiro-me a um espaço que assume diversos nomes nos, ainda insistentes, hospitais psiquiátricos pelo Brasil. Minha experiência foi em Niterói, mas hoje como militante e trabalhadora de saúde mental, conheço nos diferentes hospitais, diferentes nomes para esse espaço. Casas de Passagem, enfermarias de longa permanência, Setor de Desinstitucionalização, Moradias. São espaços onde vivem pessoas com uma média de 30 anos de internação, com quadros psicossociais graves, sem suporte social ou familiar, em geral aguardando a abertura de Serviços Residenciais Terapêuticos.

estagiária: convivência. Esse termo muito usado na saúde mental, para mim, ali, era totalmente novo. Sem saber ao certo o que significava, aceitei conviver.

Na lentidão daquele tempo fora do tempo, segui entendendo o desafio da convivência, era um convite de retorno ao básico, isto é, para sair da sofisticação e permanecer no mais básico: “No que diz respeito, e quanto a recuar no curso da criação, paro na aranha, ao passo que muitos não vão além do próprio avô.”<sup>4</sup> (DELIGNY, 2015, p. 16).

Ademais, Deligny concluiu que tiramos proveito dessa presença e hoje, posso entender que foi isso que ocorreu ali. Esse tirar proveito é que quero tomar aqui como cuidado, tomando, inclusive, como caminho metodológico, onde o cuidar e o ser cuidado não se separam tal como teoria e prática, sujeito e objeto. No percurso de uma pesquisa-intervenção, podemos nos distanciar da assepsia proposta pela pesquisa tradicional e confundir, aproximar e trabalhar com a inseparabilidade como ponto de partida, distinguindo, cuidadosamente, mas atento à inseparabilidade:

Os intelectuais, os analistas institucionais e todos aqueles que são chamados a dizer algo sobre a realidade ou a intervir sobre ela com estatuto de reveladores de verdades devem manter permanentemente em análise a encomenda de intervenção e as ofertas por eles feitas. Desta forma, a A.I. [Análise Institucional] inclui a si mesma como caso. Além dos casos da clínica, a clínica como caso. Cria-se um *topus* da análise que se dá entre a instituição em análise e a instituição da análise. (ROSSI e PASSOS, 2014, p.163)

Contudo, recolocar cada vez a pergunta “o que me traz a essa pesquisa?” foi um exercício longo, totalmente apoiado nas orientações em grupo. Aos poucos, fui assimilando um percurso da longa à curta permanência, dos crônicos aos agudos, escrevendo, pensando e produzindo cuidado nesse entre longa e curta. Desse modo, em minha intensa implicação com a longa permanência, houve o esforço profissional, de desenvolver uma clínica que promovesse Vida<sup>5</sup> e cuidado no campo e também o esforço dissertativo<sup>6</sup>, de colocar palavras nesse fazer. Aliado a isso, ao optar por uma

---

<sup>4</sup> A aranha é eleita por Deligny para descrever o humano que há no homem. O humano, o comum da espécie. O mais simples, esse puro agir.

<sup>5</sup> Vida aqui faz menção ao movimento que buscamos junto aos pacientes crônicos, que muitas vezes vivem estagnados (literalmente, muitos sequer andam). Movimentos de sair dos leitos, de ocupar a cidade, de produzir espaços de fala, de ocupar os próprios serviços de saúde mental, que muitas vezes, em seu dinamismo, não comportam casos como esses.

<sup>6</sup> Dissertação de mestrado “Espaços que insistem, vidas que resistem: a longa permanência em questão”, defendida em 2012, por esta autora.

pesquisa acerca dos processos de privatização na saúde mental do Rio de Janeiro, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) foram eleitos como campo de pesquisa, delimitando-se como o lugar da curta permanência, da passagem, do tratamento que não cronifica, que permanece de portas abertas. Nessa relação, entre longa e curta, a pesquisa foi se definindo. Certamente, interessada naquele trabalho que sustento como alternativa à longa permanência, pude construir esse problema de pesquisa, que veio atravessando a clínica e a política bem como as utopias reformistas que o campo carrega e as quais mantêm a direção de trabalho e o desejo. Por fim, me propus a imersão em 2 CAPS do município do Rio de Janeiro, um com gestão terceirizada e outro não, para com eles pensar os efeitos da terceirização e os da privatização, que não, necessariamente, tinham como a priori a terceirização.

Com o campo proposto, pretendemos discutir o campo da atenção psicossocial e a partir dele, construir uma noção de público, presente no bojo dessa discussão. A noção de público deve-se ao entendimento de que no Brasil, o campo é fundado no serviço público enquanto política pública da Reforma Psiquiátrica e do SUS (Sistema Único de Saúde), afinal uma direção clínica que não cronifique, que seja curta e que seja uma passagem para uma vida além dos serviços de saúde, precisa ser pública<sup>7</sup>. Portanto, nos cabe explicitar práticas privatizantes/privatistas nos CAPS e discuti-las em seu impacto clínico, montando e desmontando práticas e percursos que nos levem à utopia de serviços de saúde mental, que se façam passagem e não fim para os usuários.

Com esses pressupostos, me embrenho pelo campo dos financiamentos e da gestão em saúde a fim de pensar o trabalho do CAPS, equipamento responsável por ordenar a rede de atenção aos usuários de saúde com transtorno mental grave. Decerto, vale colocar em questão a função dos CAPS, já que este serviço de saúde mental tem funcionado como porta de entrada e sem porta de saída (MACEDO, 2010). Sustento, então, que é pela clínica que essa pesquisa me toca.

Convidada por Esmeralda – usuária que acompanhei e a qual me acompanhou durante meu primeiro ano de estágio na graduação e na pesquisa de mestrado – seguimos as pistas clínicas aprendidas na Longa, impulsionada pelo percurso profissional desviado por esse encontro-experiência. Trata-se de um desvio radical, pois antes desse estágio, mantinha o firme propósito de ser uma psicóloga

---

<sup>7</sup> Trabalharemos mais adiante as noções de público e privado.



"pesquisadora de gabinete" mas tive a ideia de estagiar em uma instituição, apostando que por ali passaria despercebida e cumpriria o requisito da formação pretendida, inicialmente. Eis-me aqui, sim, pesquisadora como sempre quis, porém, radicalmente, diferente daquela imaginada, porquanto me tornei pesquisadora clínica. No capítulo 3, faremos maior estudo sobre a relação estabelecida nessa trajetória entre pesquisa e clínica, no entanto, vale já afirmar que visando refletir sobre o trabalho clínico, é fundamental compor uma metodologia que torne possível pensar clinicamente a própria clínica e desenvolver uma pesquisa que acolha e promova deslocamentos, com o exercício da escuta sensível e da produção de análises com os pesquisados que tenha devolutivas, trocas. Busco, portanto, uma clínica-política que aponte para seus efeitos na cidade, nos modos de viver.

Desde então, trabalhando com as longas permanências, encontrei-me durante quase todo esse processo de pesquisa gerindo uma equipe que cuida de usuários que ocupam os mais de 100 leitos em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. E desde a experiência de coordenação e das múltiplas questões impostas para essa função, vou nos rastros dos desafios desta tese.

Tendo proposto pensar a clínica em saúde mental, que por definição nomeio clínica da atenção psicossocial, seguimos com a primeira pista: a aproximação da macro e da micro política pela clínica. Se é a clínica que precisa orientar a criação das políticas de saúde, inclusive das políticas de gestão, logo, discorrerei sobre a gestão em saúde mental, a gestão da atenção psicossocial e essa experiência tem nos mostrado que todo gestor em saúde mental é – ou pelo menos deveria ser – um clínico. Se sou acompanhada pelo leitor até aqui, com essa afirmação posso indagar: que impacto tem a entrada do modelo de OS na Saúde Mental do Rio de Janeiro?

Nesse fio, podemos pensar que não é nada trivial avaliar esse impacto, em especial nos CAPS e ao colocar a mão na massa, sou convidada por esse tema de pesquisa. Na relação com a rede de saúde, já observamos diferenças entre os equipamentos que chegam geridos por esse novo modo. Caminhando para uma proximidade com nosso recorte de pesquisa, falar de política pública de Saúde Mental é falar de política de cidade.

Tal campo, tal cuidado me desperta o interesse por um olhar mais robusto da clínica. Pensar num cuidado ampliado tem me exigido pensar os modos de gestão em saúde, gestão de políticas públicas, gestão de recursos públicos. Por que a atenção psicossocial amplia o conceito de clínica (assistência terapêutica) na direção do

cuidado de si (no território e pelo território)? Ao falar em assistência terapêutica, a proximidade é com o paradigma da doença, um paradigma Pré-Reforma Sanitária e Pré-Reforma Psiquiátrica<sup>8</sup>. A assistência terapêutica trata das doenças sem se ocupar da produção de saúde. Ao falarmos em cuidado de si, recorremos à Michel Foucault (2004) e incluímos o tema da vida, que implica em promoção de saúde, modos de vida e política.

Ao tomar como pressuposto a inseparabilidade entre clínica e política (PASSOS & BARROS 2001; 2004), consideraremos que cuidar dos modos como se vive é cuidar da cidade, é cuidar dos modos como se vive na cidade, dos modos como nos relacionamos e se temos que uma clínica é política, podemos construir também uma aproximação entre gestão e a clínica, entre a macro e a micro política. Além disso, abordamos a clínica enquanto produção de realidades, de possibilidades enquanto criação: “a intervenção nos coloca diante do fato de que nossas práticas não são neutras, elas são vetores que produzem realidades” (MORAES, 2015, p. 37). Por isso, insistimos na ideia de que todo gestor é também clínico, o qual não toma decisões ou realiza intervenções ou escolhas neutras, mas aquele que interfere nesses modos de viver juntamente com as equipes, avaliando à luz de cada situação, orientado pela relação clínica sobre que direções tomar.

Ao longo desse trabalho, nos dedicaremos ao sentido da clínica, principalmente, pelo viés da clínica da atenção psicossocial, compondo-a por meio do método cartográfico de pesquisa-intervenção. Todavia, nessas palavras introdutórias, queremos destacar de antemão a inseparabilidade entre clínica e política, afirmando toda clínica como política. Política entendida aqui como modos de afirmação de si, como questões relativas à cidade, ao lugar onde os encontros se dão, onde o mundo acontece, onde a vida se faz, se produz. Conforme Benevides de Barros (2005), pensar clínica como política é poder subverter o imperativo da produção do modo de vida capitalista, que coloca em planos separados indivíduo e social, desejo e política, a saber:

E por que esse destaque da interface clínica-política? Porque aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar em sua função autopoiética, sem o risco constante da experiência de crise. O que queremos dizer é que definir

---

<sup>8</sup> Sobre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, falaremos um pouco mais ao longo do texto, sem nos ater aos detalhes desse processo, amplamente discutido por AMARANTE (1998).

a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente. (BENEVIDES DE BARROS E PASSOS, 2004, p.166).

Ao afirmarmos, de saída, a inseparabilidade entre clínica e política e a aproximação entre nossa metodologia de trabalho e a clínica, colocamos a importância de construir uma pesquisa que não se pretende neutra, que se sabe parcial. Trata-se de uma pesquisa COM. e “o pesquisar com o outro implica uma concepção de pesquisa que é engajada, situada” (MORAES, 2015, p. 42). Por isso, assumimos um posicionamento ético-político, convictos de que os estudos produzem realidades, produzem mundos, ou seja, investimos neste trabalho, na produção de uma saúde pública, universal e comum.

Esta tese dura desde a preparação do projeto até sua escrita sob uma vastidão de acontecimentos e uma invasão de conexões numa velocidade difícil de parar e, curiosamente, (entenderão melhor adiante) com dificuldade de ser finalizada. É um movimento que se mostra eterno para uma proposição que precisa ter fim e que estabelece a finitude como potente, inventiva e fator de resistência. O fim parece morte. É também, mas não somente. Interpelada por movimentos novos e por antigos perdidos, prossigo incluindo o fim.

Arriscaremos na finalização, mas quero dizer, meu caro leitor, que isso não é fácil. Por certo, a finitude colada à experiência do corpo que coloquei, anteriormente, muitas vezes se apresentou como morte, medo e sensações jamais experienciadas por essa autora. Essa discussão teve um transpassamento pela carne, vivi sonhos que invadiram as noites e o sono com morte, assaltos, intervenções militares. Tive pesadelos multiplicados mesmo acordada. A todo custo, nos cuidamos e reexistimos coletivamente, de pessoalizando os sintomas e nos reinventando.

Nesse vai e vem, fui me conectando com minhas afirmações. A expressão vai e vem deve-se ao movimento enquanto necessidade e também porque nele há fim. E quanto ao corte e fluxo, não podemos nos esquecer porque corte e fluxo podem parecer sem fim e produzir um sem fim. Além disso, como dar corda à escrita preocupada em terminar? É assim mesmo. Vamos juntos!

Apresentamos, então, uma tese fruto de uma pesquisa que não se encerrará em sua entrega, porquanto resulta em questão para desdobramentos futuros. Por ora, teremos uma discussão organizada em três capítulos. O primeiro, “Para começar a

conversa”, expõe a problemática da tese, formula as questões norteadoras da investigação e narra o campo problemático onde a pesquisa se insere, introduzindo alguns conceitos-ferramentas desdobrados, posteriormente.

Intencionei ser atrativa adotando uma escrita semelhante a uma conversa, reconhecendo a arduidade do tema o qual, muitas vezes, suprime os refrescos literários e poéticos que poderiam permear um texto acadêmico. Porém esses refrigérios não emergiram nessa escrita e o roteiro mais se aproximou de um desbravamento do campo e da conversa com ele, característica de grande espaço-tempo da tese. Ainda assim eu queria ser lida e que houvesse uma estética para essa escrita. Será que a encontrei?

Desejo que os leitores cheguem ao segundo capítulo com fôlego, acreditando na beleza desse debate. Em “O público e seu sentido na lógica produtiva”, trabalhamos a noção de comum como público e seu valor no enfrentamento à infinitização das relações capitalísticas e como a produção pode deixar de ser criação tornando-se mera reprodução, o que ocorre com frequência. Com isso, formulamos que os processos de trabalho em saúde podem ser produção de produção ou produção de reprodução, residindo nesta última grande prejuízo, quando não inviabilidade para a clínica, que não pode se fazer sem pensamento ou com meros automatismos e protocolos.

No terceiro e último capítulo, trazemos a experiência de campo, que certamente permeia os dois anteriores na medida em que afeta as proposições anteriormente formuladas, ocasionando a reformulação do problema de pesquisa e a solidificação da tese. Especialmente, em “A clínica como método ou o método da clínica” traremos os diários de campo e com eles, embates mais diretos. Há também a exposição da metodologia de pesquisa, que entendemos completamente imbricada com os resultados e com os investimentos que orientaram todo o texto, considerando toda pesquisa como uma intervenção. O capítulo se encerra com uma discussão que retoma os capítulos anteriores e suscita nossa aposta clínico-política.

Portanto, meus caros, vamos à tese juntos nessa travessia que foi “dor e delícia”, que me roubou a criatividade de títulos instigantes mas que convocou o corpo a mudanças incríveis, impôs à vida reposicionamentos éticos, prossigamos para este exercício de coragem que não se faz exceto na relação com o medo, com o pavor de se apresentar. Vamos de mão dadas!

## 1 Para começar a conversa

*Quero a utopia, quero tudo e mais  
(...) Quero que a justiça reine em meu país  
Quero a liberdade, quero o vinho e o pão  
(...) Quero nossa cidade sempre ensolarada  
Os meninos e o povo no poder, eu quero ver  
(...) Vou sonhar coisas boas que o homem faz  
E esperar pelos frutos no quintal  
Sem polícia, nem milícia, nem feitiço, cadê poder?  
(...) Assim dizendo minha utopia  
Eu vou levando a vida, eu vou viver bem melhor  
doido pra ver o meu sonho teimoso um dia se realizar (...)*

**Milton Nascimento**

Em 1995, o ministro Bresser Pereira iniciou uma reforma do modelo administrativo público no Brasil e com grandes críticas à burocracia, começou a desenvolver estratégias para caber no serviço público o modelo gerencial, denominando Administração Pública Gerencial, um modelo de administração importado das empresas privadas (DIAS *et al*, 2010). Situado num contexto mundial de crises e reformas desde a década de 70, o Brasil se inspirou, principalmente, nos modelos inglês e norte americano para tal.

Oszlak (1997) fez uma análise do tema das reformas de Estado, considerando: a) os acontecimentos recentes e os padrões de relação entre Estado e sociedade; b) o quanto se alteram as regras do jogo ou não; c) o impacto dessas mudanças sem trazer uma prescrição de um modelo de Estado desejável mas procurando pensar os efeitos das mudanças recentes que as reformas de Estado trazem.

Em boa parte do mundo, a última década tem sido testemunha de transformações fundamentais, tanto nas relações entre os Estados e suas sociedades nacionais como nos padrões de organização econômica e política no plano internacional. Fenômenos como a desregulação e abertura de mercados, o ajuste do Estado e a economia, a desocupação e flexibilização trabalhista, a privatização de empresas e serviços públicos, a descentralização administrativa e a integração regional, têm redefinido os papéis tradicionais do Estado nacional -principalmente suas funções benfeitoras e empresariais- recolocando ao mesmo tempo o papel do mercado, a empresa privada, os atores e espaços sub e supranacionais. Estes processos têm contribuído para conformar distintas modalidades de um capitalismo desorganizado e difuso, mas hegemônico em relação a outras formas de organização econômica.

Ao mesmo tempo, a história recente registra ondas democratizadoras, lutas por novos direitos sociais, desequilíbrios cada vez mais profundos entre pobres e ricos (tratando-se de países ou de classes sociais), recrudescimento da xenofobia e os fundamentalismos religiosos, fenômenos que também têm contribuído para transformar radicalmente as relações sócio-políticas dentro de, e entre, Estados nacionais. (OSZLAK, 1997, p.1)

Em nossa história recente, enquanto acontecia a tese, tivemos retrocessos nas diretrizes da política nacional de saúde mental. No final de 2015, o psiquiatra Valencius Wurch foi nomeado coordenador nacional de Saúde Mental. Tendo sido diretor do maior manicômio da América Latina – a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi – ele foi o primeiro coordenador, desde a Reforma Psiquiátrica, a não ter vinculação com o movimento antimanicomial. Em seguida, a Saúde Mental uniu-se a essa nomeação enquanto trabalhadores, usuários, pesquisadores e militantes protestaram. Entretanto, Valencius Wurch foi mantido no cargo até 2016, quando foi substituído por um coordenador igualmente antirreforma, Quirino Cordeiro. Em dezembro de 2017, foram aprovados novos princípios para a saúde mental, incluindo investimentos em instituições hospitalares e centralidade médica no acompanhamento, fato que seguiu-se à aprovação da nova PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), em agosto de 2017. Essa mudança na PNAB desfez o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto apoio, e o nomeou Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Ou seja, foi desfeito o Núcleo que se apresentava como maior interlocutor entre a Política da Reforma Psiquiátrica e a Atenção Básica, trabalhando com Apoio enquanto formação, matriciamento e construção com as equipes de caminhos territoriais para o cuidado de casos de saúde mental. Atendimentos ambulatoriais e encaminhamentos para especialidades passaram a ser priorizados.

Além disso, ainda em 2016 tivemos outro golpe de tomada de poder executivo em nosso país, quando Dilma Rousseff sofreu um *impeachment* orquestrado pelo congresso, pela grande mídia, pelo judiciário, pelo mercado financeiro e pelos setores

de oposição, levando a assumir o poder seu vice Michel Temer. Tido como um dos principais articuladores do golpe, esse novo governo chegou com um pacote de medidas de austeridade e com um discurso economicista para aprovar uma série de leis e medidas provisórias, contando com maioria do congresso. No poder, esse governo de direita acelerou a diminuição do Estado com o recuo de políticas públicas. Além dos ataques diretos à saúde, tivemos a aprovação da reforma trabalhista, que também impacta nos vínculos já precários dos trabalhadores da área, deixando-os ainda mais frágeis. Por último, cito mais uma atrocidade de um Estado golpeado, que foi especificamente na cidade do Rio de Janeiro, local da pesquisa, o assassinato da vereadora Marielle Franco, em 14 de março de 2018, militante dos direitos humanos e contra o racismo, importante ativista afinada com a política pública e universal de saúde, socialista, negra. Um simbólico e desolador ato, que deu seu recado à esquerda.

Nesse contexto, nossa pesquisa vai se formulando. Tem sido importante pensar o avanço mundial do neoliberalismo e situar as mudanças nos modelos de gestão pública no Brasil em um contexto mais amplo. Sem perder de vista movimentos divergentes que surgem simultaneamente, exporemos brevemente a formalização dessas mudanças a partir da abertura às Organizações Sociais para execução de atividades que eram, exclusivamente, estatais.

As Organizações Sociais foram criadas em 1997, definidas em uma Medida Provisória. Elas são o instrumento que garantiria então a concretização do modelo da Administração Pública Gerencial, ou seja, são definidas como entidades civis de interesse público e direito privado. Esse *status* de Organização Social (OS) poderia ser conferido às Organizações Não Governamentais (ONGs) ou a outras entidades sem fins lucrativos. (BRASIL, 1997):

As OS foram concebidas como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, com autorização do Poder Legislativo para estabelecer contrato de gestão com o Poder Executivo. A partir do contrato, essas entidades passam a ter direito a uma dotação orçamentária, paralela a uma grande autonomia administrativa e financeira. Ainda segundo o PDRAE [Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado], essas entidades além de receberem recursos orçamentários, podem obter outros ingressos por meio da prestação de serviços, legados, doações, financiamentos, entre outros. (SILVA, 2012, p.41)

Em 1998, a Medida Provisória que criou as OSs foi convertida em lei. A lei federal 9.637 regulamenta as Organizações Sociais no Brasil para que assumam a gestão de atividades públicas não exclusivas do Estado (DIAS *et al*, 2010, p.12):

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei. (BRASIL, 1998)

Como atividades não exclusivas do Estado, estão discriminados e definidos:

Setor de Produção e Bens de Serviços para o Mercado: trata-se de empresas públicas que garantiam infraestrutura para a população e que deveriam passar completamente para a iniciativa privada. Refere-se aos serviços de água, luz, correios, bancos, pesquisas etc.

Setores não-exclusivos: aqui há uma redefinição de conceito, pois para Bresser público e estatal poderiam ser coisas diferentes. Assim, alguns setores poderiam ser públicos, mas não estatal obrigatoriamente. Transfere-se, então, a responsabilidade estatal por áreas sociais, como Educação, Saúde, Cultura, Produção de Ciência e Tecnologia, para as mãos da iniciativa privada. Este processo denominado de publicização é o que mais corretamente pode ser chamado de privatização dos serviços sociais. Já que legalmente era impossível repassar estes setores totalmente para a iniciativa privada, transfere-se a responsabilidade administrativa, mas o financiamento continua sendo público. O instrumento para realizar a implementação deste tipo de privatização seria a partir das Organizações Sociais. (LAIZO, 2009)

E como atividades exclusivas, ficam definidas e discriminadas:

Núcleo Estratégico: é considerado propriedade estatal. Compreende o Legislativo, o Judiciário, a Presidência da República, o primeiro escalão dos Ministérios e os Ministérios Públicos.

Atividades Exclusivas do Estado: são serviços que o principal usuário é o Estado. Trata-se de atividades não lucrativas e por isso não há interesse da iniciativa privada. Neste grupo implementaram-se as agências reguladoras (como Anvisa, ANS, Anatel, ANP etc.), que são órgãos autônomos, responsáveis pela fiscalização e já são constituídas com um tipo de gestão que permite a flexibilização das relações de trabalho. (Idem)

Como coloca Laizo (2009), Bresser se serve da separação entre público e Estatal na reforma administrativa e para redefinir as atividades essenciais, anteriormente exclusivas do Estado, torce a noção de público e ao afirmar que a execução de um serviço por ente privado é pública, defende uma noção de público sem garantir com isso uma política pública.



É fundamental ressaltar que também nos valem da diferenciação entre público e estatal, que nos interessa não para excluir atividades estatais, mas sim para ampliar o sentido de público como prática que pode atravessar o cotidiano. O SUS é uma política de Estado desde a Constituição de 1988, mas isso não põe de lado a luta permanente sob risco de deixar de ser político, popular. O movimento pelas políticas públicas – uma política susista, reformista – precisa permanecer em movimento. Não há destino final quando falamos em política pública, no sentido que queremos tomá-la, necessariamente falamos em movimento, que necessariamente é movimentação de bases populares:

(...) reconhecer a importância dessa conquista não pode significar um afastar-se do que está em sua base, a saber, a força emancipatória do movimento constituinte do SUS. Cabe, então, perguntar como manter esta força constituinte quando estamos comprometidos com a humanização da saúde como uma política pública, uma política coletiva. (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 568)

Este movimento reconhece o cidadão na qualidade de sujeito e traz o SUS como uma proposta de mudança de sociedade já que inclui as relações entre sujeito, Estado e Movimentos Sociais, considerando a política de saúde a partir de preceitos mínimos, podendo e devendo ser modificada de acordo com as necessidades da sociedade brasileira. Enquanto política, o SUS seria uma eterna “reforma incompleta” por estar aberto sempre às transformações necessárias (PASCHE *et al*, 2010).

A construção de uma política pública é um movimento tal como o da Reforma Psiquiátrica, que é continuado. Trata-se de discussões cotidianas que vão transformando a dimensão estável e abstrata da Política de Estado em uma dimensão instável e concreta da política pública. Mesmo que essa tenha se legitimado em um processo popular de luta, de discussão, de construção e de disputa política, o que garante que esse lugar continue sendo público é o fato do movimento continuar acontecendo. No próprio processo de Reforma Psiquiátrica que tomei como exemplo, tivemos na instituição da lei uma série de perdas, que não a tornaram totalmente pública e nem tão radical como fora proposta.

Concebemos aqui o público como a dimensão comum da política de saúde, do que acontece todos os dias no concreto das experiências de produção de saúde, aquilo que dá concretude aos ideários das políticas de Estado nas conversas com cada agente da *polis*. Não propomos lançar mão dessa distinção para criar

possibilidade de desobrigar o Estado do exercício da execução dessas políticas. Mas como discute Vargas (2015), nos interessa manter uma tensão no interior do estatal, porém, enquanto público, enquanto aquilo que tensiona, desestabiliza o Estado, produzindo essa concretude, incluindo a experiência no que é estabelecido pela abstração da política estatal. Retomaremos essa discussão no segundo capítulo.

Mas Bresser destacou em seu plano, diferenças entre o público e o estatal para diminuir o Estado, deixando-lhe apenas a função reguladora, de fiscal e totalmente submetida à lógica de mercado. Colocou o cidadão como consumidor de serviços e usou essa demanda e os resultados de satisfação/insatisfação como os únicos fatores a dizer sobre tal política. Bresser excluiu a participação ativa do cidadão quando o tornou consumidor, regulador do serviço e não criador conjunto, promotor e participante, o que expressa a exclusão da função “cidadão”. Excluindo essa função, haveria política pública? Como promover o público sem cidadania?

Essas perguntas nos orientarão enquanto perseguimos nosso problema de pesquisa, sua formulação e reformulação na medida em que compreendemos que não há uma destituição completa do que seja um serviço público, mas sim inversão e promoção de lógicas contrárias que encaminham à direção privada. Mas construímos justamente aí algum sentido para resistência e enfrentamento, forjando olhares para o que há de público e produzindo embates e problematizações junto ao que se apresenta como privado. Tudo isso sustentado pela aposta de que a cidadania e a publicização<sup>9</sup> dos serviços geram ganhos para as relações sociais.

Convidamos para a conversa Norberto Bobbio (2004), um controverso autor italiano, antifascista, crítico de Marx que faz a história do direito na discussão entre os termos Estado, governo e sociedade. Bobbio é reconhecido como autor que traz noções opostas ao marxismo, principalmente, no que tange às relações sociais. Para Bobbio, há uma regência a partir da economia enquanto para Marx tudo é relação social. Todavia, não assumiremos nenhuma dessas teorias como base de nossas investigações, mas as consideramos ferramentas úteis em nossa construção argumentativa. Bobbio apresenta a fundação do Estado de Direito a partir de algumas dicotomias que começam com a separação entre público e privado. A diferença entre público e privado é fundante do direito privado e da sociedade burguesa, de um

---

<sup>9</sup> O sentido de publicização adotado é de forçar um tornar público o que vem sendo privatizado ou invadido por uma lógica privada. Promover uma invasão da lógica pública.

Estado que defende causas burguesas ou de uma certa sociedade (essa parte chamada burguesia). Seguiremos a discussão com Bobbio adiante, mas aqui queremos apenas destacar que a distinção entre Estado e sociedade, público e estatal, é uma distinção política, que no caso da escolha de Bresser, altera o sentido de público por meio da lógica de minimização do Estado em que o público passa a ser a população consumidora de serviços. Na distinção que trabalhamos entre público e estatal, também política, pretendemos fortalecer o público como efeito de práticas de publicização, do "tornar público", não ser secreto e receber interferências tal como era na ágora grega, com decisões públicas, expostas para críticas e debates amplos. O público subordina o interesse individual ao interesse coletivo, criando um comum que é diferente da soma dos individuais (Bobbio, 2004).

O Estado, por sua vez, como queremos entender com Deleuze e Guattari (2008) é organizado através de órgãos de poder, separando tudo entre interior a ele mesmo (o Estado) e o que não é ele ou exterior. Mas entendemos com Vargas (2015) que uma política pública se faz no entre, consoante aquela que não pode ser completamente absorvida como sendo Estatal. Isso significa que não se identifica integralmente com o Estado, não se estabelece enquanto órgão de poder, mas sim enquanto jogos de poder ou de forças e que embora se encontre no interior do Estado, tensiona com ele, diferenciando-se dele. Veremos claramente essa tensão no trabalho de campo, no terceiro capítulo, quando o campo do Centro de Atenção Psicossocial pode se apresentar conforme Máquina de Guerra<sup>10</sup>, ao passo que mesmo como equipamento Estatal, se faz público e enfrenta a lógica hegemônica e neoliberal requerida pelo Estado Brasileiro/Carioca.

Como discutem Benevides e Passos (2005), problematizamos a tradicional noção de um Estado que está no centro da política ou uma política centrada no Estado e propomos uma política estranha que, de fora do Estado, nele se inclua como política pública. O movimento social, coletivo, cidadão que se faz à parte, constrói e compõe o que é uma política pública que, porquanto política, se relaciona então com o Estado, mas devido a ser pública, é formada com interferências e constituições múltiplas, de fora do Estado. Neste momento, evidencia-se com mais força a distinção da proposta de Bresser e a nossa sobre a diferenciação entre o público e o Estatal, pois enquanto utilizamos para, na diferença, pegar o que está fora, o que é do público e colocar em

---

<sup>10</sup> A Máquina de Guerra não é interior nem exterior ao Estado, é uma potência.

relação, tornando a política pública, Bresser distingue e separa, servindo-se disso para deixar que a lógica do mercado e não o público oriente as políticas.

Enalteçamos a comunicação entre diferentes e, portanto, a partilha com o campo de pesquisa, produzindo intervenção, desestabilização, e assumindo nossa pesquisa enquanto potência pública, que se coloca como problematizadora também das práticas que podem tornar os Serviços de Saúde Mental aderidos à máquina do Estado e perdendo sua dimensão pública. Agora, destacaremos modos de funcionar aderidos e tensionadores.

Recuperando a história recente que traçamos da chegada das Organizações Sociais no Brasil, ressaltamos que, segundo Dias *et al*, (2010) as ONGs vinham executando algumas atividades a partir do repasse de verba Estatal como meio de burlar os processos licitatórios. Vinham, portanto, operando de modo irregular e uma qualificação de Organização Social tornaria legal o exercício de tais atividades. Nessa legalização de processos que já vinham ocorrendo, aumentou-se o poder de atuação das ONGs. Vale salientar que Organizações Não Governamentais têm um sentido de não estatais, embora tenham governança sobre os serviços que prestam. O significado aqui de “não governamental” não quer dizer que não governa, mas que quem governa não é o Estado. Essas são as entidades posteriormente qualificadas como Organizações Sociais juntamente com outros entes tais como fundações, associações, etc.

Entretanto, se quem governa não é o Estado, nos interessa insistir um pouco mais nesse tema. Para Foucault (1990), a questão do governo importa, ele discute os modos de governar, salientando que há um governo estatal (governo político), mas há governo nas relações com a casa, as coisas e a população (governo econômico) e consigo (governo ético). Seu entendimento se concentra nas relações de poder em diferentes esferas e instituições. Seja na família, na relação médico-paciente, nas instituições religiosas etc. Foucault (1977) desenvolve o conceito de governamentalidade para tratar dessas mudanças que vêm desde o século 16, onde o modelo soberano, um lugar de onde o poder emana, passa a ser modificado. O conceito de governamentalidade diverge da lógica da centralidade do Estado enquanto proponente de políticas públicas. A partir da discussão das formas de governar, que majoritariamente eram baseadas no texto de Maquiavel, Foucault usa texto menores, antimaquiavélicos e se propõe a diferenciar uma sociedade marcada pela soberania ou pelo modelo soberano de poder e governo e a emergente sociedade

disciplinar. A primeira tem um modo do poder que vem de fora e decide sobre a morte ou deixar viver, o poder soberano controla a partir de mandar matar. Na segunda, o poder emana de dentro de cada um e o controle é sobre a vida. Fazer viver ou deixar morrer. E esse fazer viver inclui controle sobre a vida e os modos como se vive. O poder não está mais centralizado, mas disperso. Esses modos se relacionam, não existe apenas um modo em vigência, ao contrário, há confluência de modos e modos que em determinado contexto histórico se sobrepõem.

Segundo Benevides e Passos (2005), quando argumentam acerca da Humanização enquanto política pública, o tema do poder, e portanto da governamentalidade serve para pensar a noção de política pública, que se move na direção da relação com o público, com a população civil, saindo da relação exclusiva com o Estado, de onde emanava com o poder soberano. Desse modo, o controle se dava pelo poder de matar quem ameaçasse a soberania, as ordens do monarca. Nesse deslocamento, o público se faz a partir do não estatal, relacionando-se com ele e o controle se dá sobre a vida. Há de se viver de modos determinados. O tensionamento se dá pelo jogo de poder ou por manejar com essas forças de existir ou resistir não morrendo mesmo que vivendo de outras maneiras. A vida que ganha força, que se faz viver com o poder disciplinar, é dócil e obediente enquanto a resistência se faz em viver na rebeldia, na diferença, não se deixando morrer.

No âmbito de nossa pesquisa, os modos de gerir se fazem num plano sócio-histórico em que predomina o poder pastoral, o modo pastoral de governar. Barros (2011) estuda a importância do poder pastoral na governamentalidade. Entre a disciplina e o pastoreio, temos o salvacionismo pastoral sustentando um modo de governar cuja marca é a verticalidade, em que o governante se assemelha a um pastor de ovelhas, que trata de cada uma necessitando conhecê-las na intimidade muito facilitada pela prática da confissão a esse, hierarquicamente, superior. É um governo moral e detalhista. Sobre esse modo de governar, o autor traz a diminuição do poder do Estado, que tinha um modelo real, próximo do modelo da divindade, onde importava o cuidado com o território. O rei cuidava prioritariamente das terras, preocupando-se com o provimento e de como ali o povo se organizaria etc. No modelo pastoral, o cuidado é de cada indivíduo, é uma forma de poder que se exerce nos detalhes da vida de cada um. Os coletivos passam a ser conjuntos de pessoas, apenas. O pastor é aquele que cuida do rebanho e não da terra. E ele precisa conhecer a necessidade de cada um do rebanho.

Na construção do modo moderno de governar, já encontramos uma barreira de acesso ao que seria coletivo, ao território que podemos localizar como o plano onde se efetua uma comunalidade, no sentido colocado anteriormente, de pôr em relação as diferenças. Para o poder pastoral, há de se atender à necessidade individual, cada membro do rebanho deve ser atendido de acordo com uma atenção pessoal. Não se faz casual a emergência desses modelos de gestão gerenciais na modernidade, há condições para que emergja nessa conjuntura esse modo de gerir, empresarial, que cuida e controla cada detalhe, que individualiza cada trabalhador, destacando-o do plano comum. Nela, há menos dificuldades em retirar o sentido do comum, visto que esse já vinha se perdendo. No entanto, os modos de governo não se substituem, antes coexistem em muitas práticas. Mas Barros (2011) ressalta a forte relação entre a governamentalidade e o poder pastoral.

As ONGs são, portanto, organizações não “governamentais” (não estatais), que desenvolvem projetos que podem ou não ter apoio das diferentes esferas do Estado. Em alguns casos, as ONGs funcionam/funcionavam<sup>11</sup> como empresas que terceirizam mão de obra para o Estado e acabaram ocupando um lugar de contratação de profissionais sem necessidade de concurso público. Era essa basicamente a função das ONGs na saúde pública. Com a criação das OSs, aumenta-se também o espectro de atuação das organizações. Diferentemente das exigências para formação de uma ONG, para a OS é exigida a participação de um agente do Poder Público no conselho de administração e com elas é celebrado um contrato de gestão. Não há mais uma simples contratação de pessoal, mas uma transferência integral da gestão de equipamentos públicos às, doravante, Organizações Sociais.

Devido à intensa militância e resistência na área da saúde por parte dos trabalhadores e usuários, essa lei das OSs passou a ser aplicada em diferentes tempos nos estados e municípios. Em outras áreas, especialmente na cultura, a implantação da gestão por OS foi menos polêmica e teve mais fácil inserção.

Nossa pesquisa situa-se no campo problemático da saúde no município do Rio de Janeiro, no âmbito específico da Saúde Mental. Como afirmamos, nos diferentes estados brasileiros, as OSs foram, então, autorizadas em diferentes prazos para execução nas diferentes áreas, tendo sido São Paulo o primeiro estado a criar a lei estadual das OSs, incluindo a saúde como área possível de atuação. No estado do

---

<sup>11</sup> Ainda coexistem atividades executadas por ONGs sem qualificação de Organização Social.

Rio de Janeiro, a lei que autoriza uma OS a administrar um serviço público de saúde é de 2011, porém a lei do município do Rio de Janeiro é de 2009. Essa lei municipal restringe a entrada das OSs em equipamentos criados após a lei, com apenas uma exceção:

As Organizações Sociais cujas atividades sejam dirigidas à saúde poderão atuar exclusivamente em unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor desta Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família. (RIO DE JANEIRO, 2009)

A saúde do Rio de Janeiro está sendo administrada de diferentes formas nos diversos locais. Em alguns hospitais, existem inclusive, novas unidades criadas dentro de antigas unidades, colocando portanto, gestão por OSs e gestão exclusivamente pública dentro de um mesmo prédio. Na saúde mental, o secretário e superintendente lidam com unidades geridas por OS e unidades “próprias”, como vêm sendo chamadas as unidades não geridas por OS. O modo de implantação dessa gestão vem da Atenção Primária à Saúde para a Saúde Mental, estando a primeira quase completamente executada no município por meio das OSs. De acordo com Santos (2017), é em Portugal e em países olímpicos que o Rio de Janeiro encontra inspiração para implantar essa gestão. Na saúde mental, o processo é ainda mais misto e a implantação mais lenta.

Os Institutos Municipais que atuam na área de saúde mental – Instituto Phillippe Pinel, Instituto Municipal Nise da Silveira e Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira – são de gestão exclusivamente pública bem como os ambulatórios de Saúde Mental e alguns Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Vale ressaltar que na gestão “exclusivamente” pública, há parceria com ONGs para contratação de recursos humanos. Já os novos CAPS são geridos por OSs.

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, a saber: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; Unidade de Acolhimento (UAs) e Leitos de Atenção Integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). Desses, no município do Rio de Janeiro, apenas os CAPS, as UAs e alguns Leitos de Atenção Integral são geridos por OSs. As

Organizações Sociais que atuam na Saúde Mental hoje no município do Rio e Janeiro são Viva Comunidade ou Viva Rio, SPDM, IABAS e CIEDS<sup>12</sup>.

Segundo a Organização Social Viva Rio, responsável por cinco Centros de Atenção Psicossocial no município:

Os CAPS são dispositivos estratégicos para organização da Rede de Saúde Mental e consolidação da Reforma Psiquiátrica do Sistema Único de Saúde (SUS). As unidades funcionam como alternativas aos hospitais psiquiátricos e são referências para o tratamento de pacientes com graves transtornos mentais e para pacientes usuários de álcool e outras drogas. Destaca-se que os CAPS tipo III, possuem um espectro de atuação maior já que funcionam 24 horas e oferecem acolhimento noturno para os casos que necessitem de um cuidado mais intensivo. (VIVA RIO, 2015, website)

Ao longo deste trabalho, passaremos pela entrada das OSs na saúde e a entrada mais específica na Saúde Mental, especificando os equipamentos, suas funções e perseguindo o objetivo de pensar, afinal, que diferença isso faz. Deixaremos também sempre nosso fio conectado a um contexto mais amplo, porém mantendo a direção da discussão para pensar a rede do município de Rio de Janeiro.

Imersos em contexto neoliberal crescente e também nas lutas para frear e visibilizar processos que nos invadem sobrepondo a lógica da vida, do público e do comum, enfrentamos uma financeirização dos modos de estar no mundo. Compreendemos que essa lógica privada traz consigo uma lógica que financeiriza a saúde que prevê soluções financeiras, econômicas para os problemas de saúde pública. Poderíamos nos questionar: como construir um Sistema Único de Saúde que seja guiado pela lógica da saúde, da vida? Um Sistema que traga a reboque de seu sentido soluções de custeio, e não o contrário?

---

<sup>12</sup> É possível que no intervalo entre a escrita e a entrega do texto as OSs mudem, algumas deixem de gerir equipamentos e outras entrem como parceiras. A velocidade de mudanças desse modelo chama atenção, e é necessário salientar que não daremos conta de atualizar a cada mudança no texto desta tese.



## 1.1 Clínica e gestão: apostando na clínica como o que orienta nossa política

Tomando como princípio explicitar um plano de forças onde se compõem as práticas em saúde, as práticas clínicas em saúde pública e não exposições acerca de realidades dadas, nos colocamos à disposição de uma temporalidade e de um fazer tensionador, que questiona o imposto pela lógica dominante. À revelia dos estranhamentos e das discordâncias acerca da colheita<sup>13</sup> de dados, a opção era permanecer no campo onde a nossa pesquisa se inseriu, “à toa”, com a atenção flutuante conectada aos afetos que passavam e aos que ficavam, conversando sobre a vida, participando do funcionamento do Serviço, das conversas do corredor de que tanto nos falamos. Investindo em um pesquisar com, colocava-me em contato com meu objeto, suas recalitrâncias para em seguida me concentrar na escrita. Cá estou,<sup>14</sup> escrevendo sobre o que se produziu em encontros com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>15</sup> do Rio de Janeiro.

O modelo gerencial proposto no Brasil pela reforma administrativa de Bresser Pereira assume, nos serviços de saúde, o nome de atenção gerenciada (CAMPOS, 2010). Segundo Campos (2010), podemos entender esse modelo como desdobramentos atuais do taylorismo, apesar deste ser um método superado, alguns princípios de controle de produção e, principalmente, a busca pelo aumento da produtividade por meio da centralização do poder persistem atravessando os modelos gerenciais mais modernos. Taylor propõe para o aumento da produtividade, uma separação entre planejamento e execução.

---

<sup>13</sup> Escolho aqui o termo colheita, nos aproximando da ideia de um cultivo e recolhimento de um produto desse cultivo, que são os dados da pesquisa. Não se trata de coletar porque não supomos existir nada dado anteriormente a ser coletado, mas apostamos na produção de dados produzidos com a pesquisa.

<sup>14</sup> Detalharemos mais a frente (cap. 3) a metodologia de pesquisa.

<sup>15</sup> Centros de Atenção Psicossocial são Serviços especializados de saúde mental, inseridos no SUS, que trabalham com a lógica preconizada pela Reforma Psiquiátrica, de atenção no território, se diferenciando de grandes instituições de isolamento. São espaços menores que se responsabilizam por uma determinada área na divisão territorial de cada município. Existe o CAPS do tipo 1, que atende a cidade com até 70000 habitantes, do tipo 2, que atende a cidades entre 70000 e 200000 habitantes, CAPS do tipo 3, que devem existir em cidade com mais de 200000 habitantes, sendo preconizado que haja um CAPS tipo 3 para cada 250000 habitantes. Também existem os CAPS de especialidade, que são Infantil e Álcool e Outras drogas, que atendem à população com transtornos mentais graves e tenham essa especificidade. Todo CAPS do tipo 3 funciona 24 horas e possui leitos de acolhimento noturno para situações de crise ou necessidade de intensificação do tratamento.

A centralização do poder em núcleos de gerência ainda é a pedra de toque das múltiplas variedades de gestão hoje existentes. Desde Frederik W. Taylor, o manejo dos processos de trabalho somente é imaginado se, antes, se houver constituído um centro duro de poder concentrado. (CAMPOS, 2010, p.23)

Segundo Taylor (1990), o gerente deve reunir os conhecimentos, que antes eram dos trabalhadores, criando fórmulas, o que atualmente poderíamos chamar de protocolos e devolvê-los aos operários para o cumprimento. Herdeira desse modelo, a atenção gerenciada propõe um gerenciamento das execuções, cria uma função de gerentes submetidos a protocolos, mas que não participam do todo, do processo de produção. Segundo Campos (2010), o modelo vem sendo proposto aos serviços de saúde, visando aumentar a eficácia e diminuir os custos.

Assistimos ao enquadramento da saúde nos modos de produção quando criamos para ela produtos, de onde deveríamos medir a eficiência da saúde pela produtividade. Com a criação desses produtos, separamos deles seu processo de produção, transpondo em várias esferas o modelo das fábricas para a área da saúde.

Esses produtos seriam os atendimentos, as atividades de grupo, as visitas domiciliares, entre outros. Seguindo os protocolos, cada um desses procedimentos deve ser feito em um determinado tempo, ter um número diário/semanal/mensal a ser cumprido. E como seriam avaliados/acompanhados em sua qualidade de execução? As metas estabelecidas, por ora, ficam apenas vinculadas aos números dessa produção, sem poder caber nas prestações de conta a dimensão qualitativa do trabalho em saúde como, por exemplo, as motivações de um não cumprimento das metas.

Se é assim, o modelo gerencial ou a atenção gerenciada apresentam um norteador para a atenção o qual que não seria a clínica como direção do tratamento, mas sim os produtos ou os procedimentos realizados por uma direção clínica. Ou seja, esses procedimentos não seriam, em última instância, norteados pela clínica, mas por protocolos clínicos aos quais o gerenciamento está submetido.

Como discutimos anteriormente, interpretamos a clínica como cuidado. Há necessariamente uma dimensão do encontro, da duração singular de cada encontro clínico que convoca a autonomia, a possibilidade do pensar de cada clínico, isto é, a criação. A clínica do cuidado é pautada pela vida e não pela doença. A clínica conforme desvio e acolhimento pode, em algumas vezes, caber em protocolos, mas não sempre. De acordo com Benevides e Passos (2001), no contemporâneo onde a

clínica necessariamente acontece, as relações de poder se fazem sobre a vida e nela incidem para controlar, por outro lado, nela também encontrarmos lugar para resistir, desviar, criar mundos que extrapolem ao controle. Para os autores, a clínica é acolhimento, mas o ultrapassa na produção das bifurcações, do grego *Klinikos* (inclinar-se sobre o leito) e também *clinamen* (desviar-se) o seu sentido é também o da produção de novos mundos, de novas composições. O contemporâneo é trabalhado pelos autores no sentido de um exercício crítico e também que promove crise, é solo fértil para clínica que igualmente abrange esses dois aspectos da crítica. Dessa forma, a clínica no contemporâneo não cabe em protocolos, mas cria e orienta protocolos aos quais não pode se aprisionar. É preciso haver brechas para criar e recriar.

Temos efetivamente um desafio: se pensarmos que as avaliações são importantes para efetivação das políticas, como não transformar os produtos do trabalho em saúde em mercadoria? Mas como criar indicadores mais compatíveis com essa política orientada pela clínica? Será possível transformar o trabalho clínico em produto mensurável? Ou precisaremos nos envolver em avaliações mais complexas, que condizem com os processos de cuidado? Estaria a gestão invadida pela lógica empresarial, privada, incompatibilizando a macro gestão com a própria política de Estado proposta pelo SUS?

O tempo é um grande fator de captura dos modos de trabalho, das relações de trabalho. É no tempo cronológico que se mede o valor social do trabalho, é a partir dele que se cria a relação entre a força de trabalho e seu valor.

Os CAPS do Rio de Janeiro têm de apresentar anualmente um *accountability* – prestação de contas. Nele, são apresentados em números os produtos do CAPS para que sejam avaliados em sua efetividade. Para se chegar a esses produtos existem protocolos que os gerentes locais – não os chamaremos aqui de gestores por entendermos conceitualmente que o gestor é aquele que planeja – precisam garantir o seu cumprimento. Não há como negar a existência de furos e fugas nesse processo, pois há sempre coisas que escapam, certamente, como nas fábricas, todavia esse é o modelo. Não é apenas nos CAPS geridos por OS que isso ocorre, mas nos parece que impulsionados pela chegada das OSs na saúde mental, esse modelo gerencial foi chegando também aos serviços que não são por elas geridos. Campos (2000) lembra em sintonia com Marx que a alienação formal ocorre quando a propriedade não é dos produtores. A alienação real é a separação dos produtores (da

gestão) dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho. No caso da saúde, o trabalho de pensar e criar da gestão é separado de quem o “aplica”. Quem pensa não faz e quem faz, não pensa. Aqui não se trata de propriedade de bens materiais, mas em seu correlato que seria a separação entre a gestão e a clínica.

Para Campos (*idem*) quanto mais coletivos os espaços de produção de saúde, maior autonomia, e quanto mais hierárquicos, maior a alienação. Se é assim com espaços hierárquicos, com a gestão não participativa não é possível afirmar uma atenção orientada pela clínica. Alienar é tirar do processo a reflexão, o pensamento e sem isso, afirmamos, não há clínica e sim automatismos, reprodução sintomática. A clínica como criação, produção de desvio, envolve o pensamento e a reflexão tanto do clínico quanto do usuário. Nos termos postos, anteriormente, não pode haver reprodução na clínica e sim, produção, criação.

Queremos adotar a noção de autonomia de Kinoshita (2001), a qual não se resume à coletivização dos espaços de gestão. A autonomia do trabalhador e a do usuário dependem da formação de rede, entendendo que quanto maior a rede de dependências do sujeito, maior sua autonomia. Não se trata, portanto, de ser independente e sim de poder ampliar suas redes de dependência, não depender exclusivamente de uma pessoa, de um serviço, mas ampliar sua rede, contar com mais pessoas, mais recursos, mais serviços. Desenvolveremos adiante, esse tema falando da clínica da atenção psicossocial, compreendendo o CAPS e o trabalho de saúde mental um trabalho territorial, que promove autonomia e cria com os sujeitos essas redes de dependências, copromovendo a ampliação das redes de dependência dos sujeitos.

A eleição do trabalho do sanitário Gastão Wagner Campos (2010) para essa interlocução, se dá pelo interesse na aproximação entre clínica e gestão. Campos, por meio dos conceitos da psicanálise e alguns da análise institucional, amplia a noção de clínica, passando da clínica do sujeito para uma clínica do coletivo, estendendo também a ideia de coletivo para além da reunião de sujeitos, contudo convocando os contextos histórico e cultural como agentes ativos desse coletivo. Essa escolha também diz respeito ao seu entendimento de que o modelo gerencial marca a hierarquia, se utiliza necessariamente da hierarquia. O sanitário defende que quanto maior e mais demarcada a hierarquia, menor a autonomia, enfatizando a questão do controle a partir dos métodos de gestão e analisando o impacto nos processos de

trabalho, de onde nos interessa avançar para pensar o impacto desses modelos no próprio trabalho, no caso, na atividade fim do trabalhador da clínica.

Vale ressaltar que Campos desenvolve uma crítica ao modelo taylorista da produção para o campo da saúde. Faremos aqui o esforço de trazer esse debate para o domínio específico da Saúde Mental, incluindo as singularidades desse trabalho e dessa clínica que diz da vida, da promoção de saúde e também da loucura.

Retomando a problemática do modelo gerencial, outra questão que ocorre com o crescimento deste modelo é a de que, em termos bem práticos, o usuário assume o lugar de cliente assim como expusemos na proposta da Reforma Administrativa de Bresser, tornando-se, portanto, aquele que apenas consome. Segundo Saito *et al* (2013), os termos paciente, cliente e usuário são utilizados no contexto da saúde e têm sentidos diferentes, havendo uma implicação política em sua escolha. O termo paciente indica aquele que espera, denotando uma maior passividade frente ao cuidado, já cliente denota o que faz uso da mercadoria ou do serviço pelo qual pagou e possui uma visão mais comercial da saúde como consumo e não direito social, podendo tratar-se de uma comercialização positiva ou negativa. Por fim, usuário traz um sentido de cidadania e de participação. Os autores ainda destacam uma ligação com a teoria da qualidade total dos serviços<sup>16</sup> e

nos setores de manufatura, a expressão aparece associada à inovação da teoria gerencial, especialmente quando a prática administrativa redefine a forma de tratamento das pessoas, resgatando-as da condição de meros 'recursos' humanos para serem vistas como potencial nuclear e complexo das organizações." (*idem*, p. 180).

Podemos notar que o modelo burocrático, modo anterior predominante na administração pública, dá ênfase ao controle de procedimentos. Na atenção gerenciada, a ênfase vai para o controle de resultados, perdendo de vista o processo, tema a ser discutido em nosso caminho metodológico, que toma em ato os processos, ressaltando o quanto eles dizem do sujeito, dos coletivos, do próprio trabalho. Temos além de um processo que produz alienação dos trabalhadores, uma possível perda de qualidade que, ao colocar sua ênfase no resultado, perde de vista o modo como se faz.

---

<sup>16</sup> Trata-se de um modelo de gerenciamento.

Certos de que a "desalienação" é uma utopia, investimos em algumas ideias de Campos, associando-as à discussão metodológica que teremos um pouco mais a frente. Seguiremos apostando que se trata de uma construção, de um contínuo exercício, um *ethos*, que produz maiores índices de autonomia em alguns momentos e práticas, entretanto, jamais tomando como um objetivo a ser alcançado, mas sim como uma prática cotidiana, de análise de implicação e de intervenções coletivas.

## 1.2 Clínica da Atenção Psicossocial

A Clínica da Atenção Psicossocial vem sendo proposta a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica. Esses ideais estão atrelados às bases da Reforma Sanitária e da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), pois é na saúde pública que esse novo paradigma vem se fortalecendo. Concordamos com Passos (2009), que as políticas públicas de saúde no Brasil (SUS e desdobramentos para sua consolidação) são fruto de um movimento coletivo:

O SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país que em 1988 ganham estatuto constitucional. Passados quinze anos, desde a regulamentação da lei em 1990, inúmeros outros desafios vêm sendo colocados para o campo da saúde. Garantir o caráter constituinte do SUS impõe que possamos identificar os problemas contemporâneos que se dão na relação entre Estado e as políticas públicas. É esta relação que precisa ser problematizada pela Psicologia neste momento. (Passos, 2009, p. 99).

Corroborando com os ideais do SUS, no entendimento de que saúde é produção de vida, autonomia, um “bem-estar” que visa integralidade diferente da ausência de doença, seguimos pensando que a clínica da Atenção Psicossocial se baseia no território. É ali onde se cria com os usuários, recursos para produção de saúde, de modo a produzir também autonomia para que não se crie dependência dos serviços de saúde apenas, mas que passe por eles e sejam agenciados outros espaços de sustentação e de produção de saúde e de vida.

Por se tratar de um movimento coletivo que em meio ao regime militar, buscava redemocratizar o país, vemos surgir uma proposta de sistema de saúde universal e equânime. Ele se inicia com uma série de movimentos sociais nesse período, dentre eles a Reforma Sanitária. O movimento amplia a discussão em saúde, ousando ser uma proposta que interfere nas políticas sociais, de educação, que interfere nos modos de vida, nos modos de relação com um serviço público, ampliando o conceito de saúde e conseqüentemente lançando um desafio grande aos profissionais envolvidos.

Quando falamos em clínica, nos referimos a uma clínica que extrapola os limites do próprio conceito. As discussões da Reforma Psiquiátrica levaram alguns autores a excluir o termo clínica, a partir de sua íntima ligação com as práticas da psiquiatria tradicional e do modelo asilar. Costa-Rosa et al (2003) discutem essa clínica, expondo as críticas que o termo recebe no próprio contexto da Reforma

Psiquiátrica. Os autores enfatizam a entrada de uma discussão clínica que chega nesse campo via Análise Institucional, Esquizoanálise, filosofia da Diferença, Psicanálise, Psicoterapia Institucional, Materialismo Histórico, Alternativas à Psiquiatria, Filosofias da Existência. Essas teorias ou filosofias e propostas éticas trazem um sentido de clínica como criação de novos sentidos, desvios, bifurcação. A perspectiva da atenção psicossocial é diferente da clínica adaptacionista praticada pela psiquiatria que até então, seguia objetificando os sujeitos. Por isso insistimos em definir clínica como ocupação de um território. Além disso, nos interessa trazê-la neste trabalho em sua íntima relação com a política. “É necessária uma atitude clínica capaz de pôr em foco não apenas o sujeito do sofrimento, mas também a postura de quem o acolhe.” (Costa-Rosa et al, 2003, p. 10)

Podemos, portanto, derivar do radical Klin, um sentido mais apropriado aos fins da Reforma Psiquiátrica; como inclinação, não para baixo, mas para os lados, no sentido de bifurcar, divergir, de buscar novos sentidos. Teríamos assim uma das acepções fundamentais que podem ser dadas às crises, alcançando uma dimensão criativa, oportunidades de transformação de estados e situações insustentáveis. Aqui, também, não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do “olhar” que vê além do sintoma. A clínica como encontro, capaz de produzir senso, sentidos; produção de sentidos, no lugar de reprodução; como lugar onde as identidades dos participantes já não estão predefinidas. (Costa-Rosa et al, 2003, p. 21-22)

A clínica da produção de saúde e de novos sentidos da vida, ou seja, da qualidade de vida, se dissocia dessa reprodução ou do produtivismo capitalístico. Precisamos persistir um pouco nas ideias de produção e de reprodução. No capitalismo, os investimentos nos processos de produção vêm atrelados ao esforço na reprodução do modo de produção. Nesse sentido, a lógica gerencial trabalha para se retroalimentar. Produz-se cada vez mais, com o imperativo de produzir tanto os produtos quanto a necessidade desses produtos, sobretudo, com a reprodução do modo de produção, garantindo a pretensão sem limite do capitalismo que se quer imprescindível para a vida humana no contemporâneo. Essa é a lógica que sustenta o capital.

No que se refere ao tema da reprodução, devemos pensar o quanto só se reproduz nesse modelo ou o quanto ainda há de espaço para criação. Ou ainda para fugir à mensuração demasiada, explicitar os processos de produção de reprodução bem como as linhas de criação ou de produção de produção.



Desnaturalizando o modo de vida capitalista, colocamos com estranheza os modos como agimos, o nosso funcionamento. Uma das invenções capitalistas é que os detentores dos meios de produção concentram as riquezas, pois arriscam seus meios e são "pagos" por isso. Os meios de produção são os meios e os objetos de trabalho, é o que está entre o trabalho humano e a natureza a ser transformada em produto por esse trabalho (Althusser, 1999).

Seguimos com Althusser (1999) pensando que esses detentores dos meios de produção precisam garantir a reprodução dos processos de produção. Logo, além do salário, que é um valor que garante que o trabalhador volte para o trabalho no dia seguinte, temos, na formação social<sup>17</sup>, a necessidade de garantir que os modos de produção também se reproduzam. Há uma formação, instituições e filosofias que garantem a continuidade daquele modo de produção. Não se garante uma determinada reprodução de modos de produção sem essa sustentação formativa.

Quando tomamos o caso dos processos de produção de saúde, essa discussão ganha tonalidades específicas. A saúde enquanto produto do trabalho social, efeito de práticas relacionadas aos equipamentos de saúde, deve ser entendida também a partir de modos de produção que organizam o processo de trabalho. Referimo-nos à saúde mercantilizada. Esse modo de fazer saúde, essa aplicação das técnicas, tem garantias para se reproduzir. A produção de saúde é um processo que passa pela formação de trabalhadores e de usuários ou consumidores da saúde mercantilizada, esta para ser garantida, há de se aparelhar um setor da formação social. Discutir a clínica na contramão desse aparelhamento é um enorme desafio, visto que encontramos certezas, convicções, fundamentações muito sólidas sobre esse determinado modo de fazer saúde e em saúde ou como nomeamos anteriormente, de produzir a reprodução em saúde.

Posso parecer hiperbólica, mas o recurso é necessário à apresentação de nossa ideia, que transpõe uma teoria que está elaborada sobre o trabalho fabril, para o trabalho em saúde mental, que é prioritariamente apoiado no recurso humano, na fala e no trabalho intelectual. Reconhecemos o desafio de associar a discussão de Marx e Althusser ao nosso trabalho, mas o enfrentaremos com ousadia e bravura e,

---

<sup>17</sup> Segundo Althusser (1999), Marx substitui o termo sociedade por formação social, a fim de criar um conceito científico e abandonar o conceito carregado de crenças e valores. Respeitaremos aqui o uso da expressão formação social a fim de garantir que os estudos de Althusser sejam reconhecidos, apesar de nosso percurso priorizar a torção dos conceitos bem como a disputa política de seus sentidos. Trilharemos esse caminho nos conceitos forjados nesta tese.

principalmente, movidos pelo esforço de uma pesquisa-intervenção que se vê afetada pelos constantes adoecimentos gerados pela alienação e pela trivial reprodução dos modos de produção da saúde mental. Invocamos esses autores para nos ajudar na investida de um novo modelo de produção de saúde irredutível à mera cura e que não pode estar desatrelado de um modelo de sociedade. Usaremos essas referências sem entrar nos pormenores de suas muitas interpretações e cientes da complexidade do pensamento de Marx e de Althusser, mas faremos algumas aproximações ao campo que nos interessa, com a interlocução sugerida por Campos (2015) mas também com nossas ideias.

Na lógica da produção de vida e autonomia, o SUS e a clínica da atenção psicossocial trabalham para que sejam prescindíveis, visando seu próprio fim. Conforme o ideário da Promoção de Saúde, busca-se criar recursos no território a fim de que o sujeito promova sua saúde para além dos serviços de saúde. A aposta no território, tal como expressa no paradigma da Atenção Básica que orienta o SUS, pressupõe um horizonte de diminuição da necessidade dos equipamentos de saúde sobretudo os de atenção secundária e terciária. Horizonte ideal, certamente, mas que indica enquanto tal seu contraste com a lógica de reprodução infinita do capitalismo.

Na introdução feita por Althusser em *O Capital* (MARX, 2013), destaca-se o conceito abstrato como uma forma de criar realidade. Refere-se à obra de Marx como criadora de conceitos abstratos que servem para nomear algo concreto que já ocorre, como "o mais valor". Adoto essa ideia para colocar a questão metodológica da transposição dessa teoria ou desses conceitos para a área da saúde, oferecendo uma concretude aos processos que vivemos e, como num processo clínico, nomeando e criando sentido para os sintomas, as dificuldades e as paralisias nos processos de criação.

A intuição de Marx (2003) é a de que o homem transforma a realidade por meio do trabalho. O trabalho gera produtos. O valor do produto se define inicialmente por seu uso, por sua necessidade. É o que Marx designa de valor de uso. Como criador desse valor, o trabalho é indispensável à existência humana. O capitalismo, por meio do que o autor chamou de fetichismo da mercadoria, trouxe o valor de troca. O trabalho gera produto com imediato valor de uso, por exemplo, se estou com fome, o produto gênero alimentício tem valor de uso para me saciar. Quando esse produto entra num sistema de troca, ele passa a ter outro valor (*idem*, p.83). No capitalismo,

paga-se o preço de uma mercadoria pautado em seu valor mercantil E o valor de troca, por sua vez, é pautado pela reprodução da lógica do mercado.

Desse modo, o capitalismo flerta com o infinito, pois a necessidade nunca pode ser suprida, igual na relação de uso, à guisa de ilustração, se consumo um alimento que sacia minha fome, deixo de ter fome e a necessidade daquele produto. Dessa forma, renova-se sempre a falta ou a necessidade de se criar reservas para constantemente se ter um produto quando a necessidade ocorrer, isso é infinito e precisa ser para alimentar a máquina reprodutiva do capital, que não pode parar. Não basta ter uma fábrica, tem de se reproduzir os modos de produção e renovar a necessidade do produto.

Essa discussão em saúde torna-se fundamental, pois o serviço deve ser relacionado em blocos finitos porquanto cada ação técnica ou profissional precisa ser efetiva como ação de cuidado. Na lógica que preconizamos como pública em saúde, trabalhamos para não trabalharmos, no entanto, o que modela o processo de privatização é a infinitização do processo. Um exemplo disso no âmbito da saúde, seria o fato de que na transformação dos trabalhos em produtos, estes retornam para o serviço como metas cumpridas e reinvestimento no serviço. Logo, um atendimento clínico pode se enquadrar como produto que tem necessidade de se reproduzir não pela demanda clínica dele, mas para que as metas sejam cumpridas e que o serviço tenha novos investimentos, continuando a existir. Outro exemplo é a visita domiciliar, a qual se enquadra também como produto e que na mesma vertente pode se fazer para girar a produtividade do serviço e não pela própria necessidade da visita domiciliar.

Na discussão de valor de uso e valor de troca, Marx (2013) narra como o valor de troca ganha mais força e mais importância, e ao pensar a saúde como mercadoria podemos fazê-la perder seu valor de uso. O valor de uso diz respeito à importância e à necessidade daquele produto enquanto o valor de troca trata do processo de produção e da correlação daquele produto com outros. O primeiro trata da qualidade enquanto o segundo trata da quantidade, pois uma determinada quantidade de um produto é valorada comparativamente à determinada quantidade de outro. Não há como fugir do valor de troca, mas é preciso resgatar constantemente o valor de uso como primordial, embora a troca ou as relações quantitativas estejam presentes no cotidiano da produção.

Retorno à experiência partilhada na introdução do texto para refletir sobre como o trabalho com a longa permanência psiquiátrica nos ensina essa lógica de produção para seu próprio fim. Ali, na circunstância extra temporal, persistindo na vizinhança com os crônicos, experimentamos a radicalidade de uma sociedade sem manicômio. Acreditar que uma enfermaria igual àquela pode acabar, que todas aquelas pessoas podem ser desinstitucionalizadas e desospitalizadas é experimentar a radicalidade de trabalhar para o fim daquele trabalho.

Era uma enfermaria com 13 pessoas internadas. Todos com alto grau de dependência. Ficávamos ali às vezes, horas ou dias para que nos dirigissem uma palavra, um gesto. Essa era a primeira imposição contracorrente. Em tempos de Terapia Breve, aprender a clinicar naquele espaço tinha o impacto político de uma clínica contra-hegemônica<sup>18</sup>. Entender os pressupostos da Reforma Psiquiátrica era concluir que trabalhávamos para o fim daquela enfermaria e daquele dispositivo. Aos poucos, percebíamos que uma longa enquanto existisse, produziria demanda para ser ocupada. Não se tratava de pacientes com necessidade de internação psiquiátrica, mas com demanda de cuidado e estávamos experimentando e recriando dispositivos que pudessem cuidar deles, ao mesmo tempo em que ampliávamos suas redes de dependência, gerando mais autonomia.

Lembro-me de Esmeralda, companheira que teceu comigo uma dissertação de mestrado, moradora da Longa. Eu e outra estagiária nos demos conta de que Esmeralda e Laurinda, que dividiam quarto, tornaram-se amigas. Seguimos a intuição de estimular que elas se apoiassem. Esmeralda tinha dificuldades de andar, precisava de apoio, uma mão estendida. Eu muitas vezes fui esse apoio e convidei Laurinda a sê-lo. Ficamos ali, durante um ano de estágio, trabalhando com esses detalhes, essas miudezas cotidianas. Ao final, Esmeralda já podia ser vista por mais pessoas. Quem fora uma almofada no canto da sala, agora falava, reclamava, era dona de um prontuário repleto de registros, histórias de passeios e detalhes sobre a forma como se comunicava. Cerca de um ano depois, também estimulada em sua amizade com Laurinda, as duas puderam dividir um quarto em um Serviço Residencial Terapêutico. Logo após, a longa fechou. Seu número era reduzido e ela se juntou a um outro setor que também deve seguir no trabalho para seu fim.

---

<sup>18</sup> Importante enfatizar aqui que não estamos fazendo uma crítica à Terapia Breve, nem colocando-a no lugar de uma clínica necessariamente hegemônica/capitalista, mas tomando-a como ícone para pensar a temporalidade imposta nos dias atuais. .

Sobre a longa, cabe uma pequena digressão para ressaltar que não há aqui um elogio à existência da longa mas uma afirmação trágica dessa existência e do que fazemos dela já que está dada, não sem possibilidade de acabar, mas com sua finitude, e como dela tiramos proveito.

Mas não quero também tirar a problemática da cena e sim deixar vivo o conflito que temos de conviver, qual seja: a longa por seu enfrentamento direto com a finitude seja pelo afirmativo desejo do fim desses espaços seja pelo incômodo de ser dado anteriormente como infinito ao passo que é tratamento sem fim. Sem fim também em seu duplo sentido, sem finalidade e sem tempo para acabar. Na coexistência desse conflito, precisamos reintegrar a aposta na potência desse “caso” analisador. Nesse momento, é política pública reconhecida que os fins da longa sejam decretados, fins porque há então hoje finalidade de acabar ou gerar, de dentro do trabalho em si, seu fim.

A ideia de analisador provém da Análise Institucional Francesa e quer dizer uma situação, um acontecimento, práticas, dispositivos ou até indivíduos que trazem à tona, invisíveis, em seu próprio funcionamento, um plano de forças, o que não está dito ou explícito. Entendemos que as instituições e as relações não se fazem apenas com regras visíveis ou com objetos, mas com forças que compõem um plano subjacente à essa forma aparente. Nesse sentido, os analisadores fazem emergir esse plano. (RODRIGUES & SOUZA, 1987; LOUROU, 2004). Nessa pesquisa que não se faz sobre o objeto, os analisadores devem ser buscados. Essa ideia voltará a aparecer no capítulo 3, que apresenta a metodologia e o trabalho de campo.

Podendo experimentar nuances de cuidado, de uma temporalidade singular, de uma produção de detalhes, contrária ao produtivismo, vamos transformando a nós mesmos, intervindo em nossa subjetividade forjada nesse contexto capitalístico. Trata-se de relações produtivas, mas não de reprodução de um modo de produção instituído e cronificado. Ao invés disso, trata-se da criação do que comporta sua dissolução, seu próprio fim. E é assim que temos pensado a clínica da atenção psicossocial, baseada no território e implicada nos processos de produção das condições de vida que valha à pena ser vivida. Entendemos a clínica de atenção psicossocial aquela que possa forjar recursos novos no território, tornando o serviço de saúde prescindível, já que outros dispositivos podem promover saúde mental. Uma clínica, portanto, é em seu caráter criativo, clínica do/no território ao mesmo que

clínica de processos de territorialização, isto é, de ativação de mudanças dos territórios de saúde.

Macerata (2015) apresenta uma discussão a partir da experiência com pessoas que habitam o território da rua e nos convida a pensar uma clínica de território:

A clínica, nesse sentido, não seria uma clínica do sujeito e suas representações, mas uma clínica de territórios subjetivos, de planos afetivos. Iniciamos, então, um processo de construção de uma noção de clínica que pudesse desbloquear o invisível, que realizasse uma disputa perceptiva contra o Estado dentro do Estado. (Macerata, 2015, p. 84-85)

Seguindo essa pista, podemos pensar que essa clínica de desbloqueio do invisível bem como a clínica da longa, é a clínica que nos leva até o CAPS para discutir questões de política. Esse invisível é o que desvia dos estereótipos e modelos, o que nos permite acessar territórios existenciais não identitários. Os territórios subjetivos nos permitem ir além e aquém das formas previamente dadas, para extrapolar e fazer misturar uma clínica que não é terapeuta-paciente, numa via única e exclusiva, mas se faz também, paciente-terapeuta, território-paciente-terapeuta, instituição-terapeuta e tantas outras combinações. Segundo Macerata, diz respeito à acessar o bruto da experiência, que não é do outro, mas de nós mesmos na relação com o outro. O autor discute a experiência de relação com pessoas que vivem nas ruas e uma ampliação da clínica que contemple as diferenças, as singularidades, a partir da produção de acesso à saúde pública, de atenção primária em saúde para essa população. É nesse encontro que diferenças saltam, convocando um reposicionamento do clínico, movendo-se para compor territórios.

Na clínica da atenção psicossocial, nosso interesse de pesquisa, necessitamos de desencontros com os estereótipos da loucura e de uma composição com os territórios subjetivos. Como efeito político, temos a abertura à diversidade, um fazer caber as diferenças e uma direção de construção conjunta de territórios existenciais a partir do estar próximo aos territórios subjetivos, os quais fazem sentido na promoção de saúde, abrindo desse modo, o acesso ao invisível que é o processo de produção de saúde ou doença. O visível seriam as demandas, os produtos, as formas expressas e previamente dadas de trabalho: o que cabe nos protocolos.

## 2 O público e seu sentido na lógica produtiva

Na lógica capitalista, há um circuito infinito que precisa ser retroalimentado constantemente. Trata-se da inclusão no circuito do capital, do que a partir dele se produz e tenta escapar. Tal voracidade na inclusão de tudo e do desvio gera uma lógica de reprodução do circuito cuja pretensão é a de não ter fim. Esse processo pretensamente infinito se define por seu inacabamento, e por isso segue indefinidamente não buscando a satisfação da necessidade, pois é impulsionado pelo valor de troca – trocar por trocar – e não pelo valor de uso que gera trocas por necessidade. Essa lógica se insere no circuito da produção. Produzem-se objetos de troca que precisam ser consumidos e que para tanto, precisam ser desejados e reproduzidos. Por exemplo, produzir almofadas precisa ser acompanhado também pela produção do desejo por almofadas. A almofada, conseqüentemente, não deve durar toda a vida da pessoa, porque do contrário a produção terá que acabar quando todos tiverem almofadas. Faz-se almofadas com uma qualidade determinada, com durabilidade determinada, para que novamente se comprem almofadas e assim se alimente a produção que emprega pessoas, as quais, por sua vez, precisam de renda para comprar outras mercadorias também fabricadas dessa maneira.

Esse modo operacional, conforme vimos, imprime a noção de infinito, de uma máquina que não pode parar de reproduzir desejos e necessidades insaciáveis e maneiras de alimentá-las sem nunca satisfazê-las definitivamente. Nessa vertente, podemos falar dos medicamentos. A pesquisa de Marcia Angell (2007) demonstra que os medicamentos são produzidos para curar doenças inventadas e para tal, corrobora-se uma ideia de fiscalização e controle frágeis, permitindo um investimento maior em *marketing* do que em pesquisas nas indústrias farmacêuticas. Desse modo, os remédios são fabricados para dar conta de "necessidades" produzidas. Frente a isso, percebemos as propagandas que investem nos benefícios do medicamento e não falam dos efeitos colaterais. Elas são peças importantes da engrenagem de geração de novas necessidades, no caso, medicações para curar a doença causada por outra medicação.

Ao abordar a inserção da saúde neste sistema mercadológico, ou melhor, ao discutir um Sistema de Saúde que se concretiza nessa organização, forjando seus trabalhadores e usuários, a saúde é estabelecida como uma mercadoria e o trabalho

em saúde como processo de produção. Que efeitos e que maquinações podemos observar neste circuito?

Como posto no primeiro capítulo, a problemática de transportar um modelo empresarial para a saúde gera diferentes efeitos. Pensamos que se cabe num Sistema de Saúde uma gestão preocupada com quantitativos, avaliação por produtividade, transformação do fazer do profissional em produtos quantificáveis, cabe também olhar para esses produtos na lógica de mercado e refletir sobre sua inserção e reprodução necessárias. Montando assim o problema mais uma vez, defendemos que inscritos nessa organização mercadológica, o fazer clínico, em saúde, cuidado, encontra-se diante de novos desafios. Como incluir o fim nos processos de cuidado clínico nas relações dos serviços de saúde pública inseridos na ordem de mercado? É preciso pensar o fim para não perder o sentido, a direção, a finalidade.

É perceptível a incompatibilidade da lógica infinita com o que preconizamos como saúde pública, como modelo de atenção que promove saúde e autonomia. Neste capítulo, discutiremos a noção de política pública de saúde, contemplando o que seria esse público e como atravessamentos privados têm permeado a política estatal de saúde garantida pela constituição brasileira.

No capítulo anterior, apresentamos a problemática, de forma mais geral, introduzindo algumas pistas-problemas que precisaremos retomar neste capítulo, quais sejam: a noção de comum e sua relação com o que chamamos de política pública; a subjetividade capitalística protagonizada pela lógica da infinitização das relações; e os modos de produção capitalísticos e suas resistências, apresentados respectivamente pela **reprodução** dos modos de produção e pela possibilidade de **produção** de outros modos de produção, conforme abordado no primeiro capítulo.

Por fim, abordamos a inseparabilidade entre gestão e clínica radicalizando os efeitos dessa afirmação e seus desdobramentos. O aspecto clínica é tomado como orientador da política, com a sensibilidade e potencial de transformação, conforme apresentamos na conceituação de clínica. Uma grande inspiração para as afirmações que pretendemos oferecer encontra-se presente na proposta de construção da Política Nacional de Humanização do SUS, a qual sugere práticas transversais e produção de comum nessa mesma aposta de inseparabilidade entre atenção e gestão (PASCHE, 2011).



## 2.1 O comum

A começar pela problemática do comum, atuar na concepção do território, na clínica do sensível, do acesso ao invisível é o que preconiza o que estamos chamando de público. O público garantido pelo comum concordamos com Julien (2009) ser aquilo que traz para cena e coloca em relação as diferenças. Comum não é tomado como igual, mas como o que suscita a sensação de pertencer, um sentido comum em meio a diferenças. O comum entendido como composição coletiva que coloca diferenças em relação, garante o fazer público porque inclui múltiplos vetores em um processo de participação popular.

Para entendermos melhor essa relação entre público, político e comum, importa distinguir, seguindo Julien (2009), três conceitos – comum, uniforme e universal – a partir dos quais entendemos a política do comum e o comum como público.

Por universais entendemos ideais transcendentais que no campo da política, dizem respeito à política de Estado, um lugar maior onde as leis se dão e todos são tomados a partir do que assemelha. Seria o ideal maior, uma instância reguladora, que se quer como direção afirmativa a seguir em função de uma negatividade. É universal mas não uma totalidade afirmativa, o Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo, afirma um direito, uma direção universal em função da necessidade de proteção integral que nunca será totalmente atingida. Trata-se de um movimento direcional.

Já o uniforme é toda tentativa de copiar esse ideal transcendental no plano homogêneo da economia capitalista, o que se assemelharia ao mercado. O capital uniformiza, generaliza, toma as massas apagando as diferenças, tornando a relação com o poder muito transcende como o uniforme da raça humana. Antonio Negri (2016) define o economicismo como mera redução dos fatos do convívio social ao que seja econômico. Essa redução busca igualar a realidade social a partir de seu valor econômico, tornando tudo e todos passíveis de trocas. Trata-se de uma semelhança, uma generalização que reproduz a realidade social em série, num movimento de igualar.

O comum, por sua vez, é a expressão das diferenças, que assume formas concretas e inclui as diferenças. É uma partilha que diferente do universal e do uniforme, não se define por sua transcendência nem homogeneização. Entre iguais

não há com-partir, nesse caso seria dividir. O com-partilhamento do diferente é que cria relação e assim entendemos que o semelhante não é comum.

Julien (2009) apresenta o universal como remar ou navegar contra a correnteza rumo à abstração e aos ideais, sendo a correnteza em nossa tese, a experiência. No Estatuto da Criança e do Adolescente, afirma-se uma direção que nega a experiência, embora esse Estatuto se defina em sua designação e missão pelo não respeito à ele, sendo o universal esse ideal. O comum segue a favor da correnteza tal como o público nas práticas concretas e a favor porque é junto da experiência, distanciado dessa abstração, navegando com as experiências concretas visando a criação. Dessa forma, tomamos o SUS como política de Estado e como política pública, contando com uma lei, uma abstração que dá sustentação legal ao sistema instituído, mas também com a possibilidade de fazê-lo cotidianamente, junto às experiências, partindo delas. O SUS apodera-se das aberturas dadas pelas ferramentas de controle social para formar um sistema público com funcionamento público.

É assim que passamos da formulação abstrata da democracia no campo da saúde para a definição do SUS como política pública regida pela lógica do comum, desafio do tamanho de um país desigual como o que vivemos. Formulação essa entendida como universalidade de acesso (SUS para todos e qualquer um), integralidade do sistema de cuidado (o que se confunde com o próprio território, porque totalmente intersetorial) e equidade das ofertas (o que difere de igualdade, porque quem tem mais precisa de menos e quem tem menos precisa de mais). Efetivar a equidade se torna um conflito justamente por essa tendência à uniformização. Como passar dessa formulação abstrata para a prática concreta? Isso exige de nós que enfrentemos a tendência que o sistema econômico dominante impõe no sentido da uniformização. Que uniformização é essa? Se saltarmos para a formulação de Marx, a uniformização é a equivalência universal que define o capital.

Ao público ou comum, para concebermos a noção de política pública, não opomos a um sentido estritamente privado, mas sim a práticas privatizantes, com seus individualismos e totalizações. Confrontamos o sentido de público ao mercantil ou do que é pautado por um mercado consumidor, num claro enfrentamento à substituição do público pelo mercantil (BARROS & PIMENTEL, 2012).

Como o público vem hoje perdendo o sentido do comum, buscamos uma história que pudesse agregar dados à essa discussão. Bobbio (2004) apresenta a dicotomia público/privado ganhando força no ocidente e fundada no campo do direito.

O direito no ocidente rege as relações e é visto como fundador do estado de direito (BOBBIO, 2004). A partir das noções de direito público e privado identificadas como noções separadas na Roma Antiga e tomadas daí por diante como dicotômicas, esse autor salienta que essa polaridade se torna constitutiva do direito para alguns estudiosos. Assim como o direito dá nome e visibilidade a processos diversos que dizem respeito à universalidade, impondo e promovendo certa relação com as leis, ele também expõe desigualdades e a necessidade de uma força que promova equidade, visto não ser uma premissa. A área do direito se configura um campo dominado por grupos específicos que o assumiam como estratégia de manutenção de seus lugares de controle.

Como efeito dessa dicotomia, vê-se a retirada do sentido político das práticas cotidianas e dos modos de vida, que passam a ser encarados como do âmbito privado. Essa dicotomia torna-se a base para muitas outras tais como paz/guerra, democracia/autocracia, sociedade/comunidade, estado de natureza/estado civil (Bobbio, 2004), conferindo autonomia para as práticas da esfera privada e hierarquia, já que nas dicotomias um termo sempre é qualificado maior que outro, sendo definido pelo que é e em contraste negativo com o outro: o público é tudo que não é privado. Reside nessa tradição romana, uma fundação do direito na noção de privado e uma definição negativa do que é público.

Nesse paradigma, as ocorrências do âmbito privado são julgadas como sem possibilidade de interferência do Estado e retiradas do campo da política. É a positividade versus negatividade dos termos. Segundo Bobbio, os termos tornam-se excludentes, algo não pode ser ao mesmo tempo público e privado, é um ou outro: se é público, não é privado e vice e versa, um sendo ruim, o outro bom.

A essa discussão acerca da oposição entre público e privado de acordo com a economia política, acrescentamos que o estatal não é necessariamente público. Apreendemos o estatal como algo que não é público nem privado, sendo um campo de disputa entre os dois (BARROS & PIMENTEL, 2012). Já o público é o coletivo como o domínio delimitado pela interferência e controle sociais. Uma política pública precisa contar com uma construção coletiva e não apenas governamental para que seja efetivada para além dos governos. O estatal não garante o caráter público das práticas de saúde, mas o não estatal parece que ainda menos, embora pudesse sim favorecê-lo já que é um *locus* de poder capaz de fazer escolhas por práticas publicizantes.

Como não há muitas simplificações nesse caminho e sim uma necessidade de tratar de complexidades, inserimos um ingrediente a mais: a parceria público-privado. Vivemos um momento da saúde pública brasileira quando temos um serviço de responsabilidade estatal, denominado como público, executado com dinheiro público, mas gerido por organizações de direito privado. Esse impasse enfrentaremos ao longo da tese, analisando os efeitos dessa associação na gestão da saúde pública.

Na diferenciação entre público e privado, ainda na relação com o direito, Bobbio afirma que as relações privadas são regidas por contratos, ao passo que as relações públicas são regidas pelas leis que consideramos normas derivadas de uma constituição. As relações contratuais derivam do código civil, são relações codificadas, portanto. Nas parcerias público-privadas no âmbito da saúde, criam-se as condições de possibilidade para a entrada dos contratos ou dos modos de mediar as relações públicas não mais exclusivamente pelas leis constitucionais. O fato das relações serem regidas por contrato (privadas) reforça para nós a ideia de que o campo da saúde pública perde necessariamente a força da participação social, ou seja, as regras de funcionamento dos serviços de saúde deixam de ser forjadas nos encontros comuns.

Sobre esse tema, das ações coletivas e sua fundamental importância na luta por um bem público/comum, Angela Davis (2018) afirma que “é fundamental resistir à representação da história como o trabalho de indivíduos heroicos, de maneira que as pessoas reconheçam hoje sua potência agência como parte de uma comunidade de luta sempre em expansão.” (p. 19) A autora destaca com veemência o quanto o capitalismo força um individualismo e propaga mesmo as lutas coletivas, dando destaque a um herói. Esse movimento individualizante tira a força da luta, torna-a privada, retirando seu caráter coletivo.

Virginia Fontes (2010) adensa essa discussão problematizando o investimento financeiro nas Organizações Não Governamentais, Institutos, Fundações e diversas entidades que se apresentam para as parcerias público privadas, apontando-os como instrumento de controle eficiente que promove uma diversidade de projetos e torna outros inférteis, conforme esses interesses privados. Numa explosão de investimentos e criação de fundações ligadas a grandes empresas, na década de 90, essas instituições criaram um modo de subsistência para inúmeras pessoas. Isso ocorre a partir do fomento indiscriminado de projetos sociais, criando assim um modo de sustento para muitas pessoas que, por sua vez, passam a depender desse fomento.

Passados alguns anos, ciente da dependência, os investimentos dessas instituições passam a ser mais dirigidos às atividades voltadas à formação para reprodução do modo de produção capitalista ou apenas para interesse particular.

Trata-se de maneiras de capturar os movimentos sociais. O movimento social, no que lhe diz respeito, é constituinte, de onde se deriva uma constituição. A própria constituição ou as leis derivadas dos movimentos constituintes, traem, consoante Negri (2002), o próprio movimento de que derivam, uma vez que cristalizam na forma do instituído o que é forma instituinte. O movimento constituinte não é escravo das constituições deles derivadas que não são reprodução fiel desses movimentos. Esse é o caráter paradoxal e a grandeza de um movimento constituinte, que não se fecha em si mesmo, comportando transformações e subversões de si. Tal paradoxo está na base, segundo Negri, de qualquer projeto de democracia efetiva, na qual a força da multidão (o *demos*) se imponha sobre as formas instituídas tornando-as de direito finitas, substituíveis, transformáveis. No caso das relações regidas por contratos, diferentemente, há de se manter a uniformidade e a reprodutibilidade das formas institucionais contratadas. Nas instituições não governamentais –equivocadamente denominadas assim como expusemos no primeiro capítulo – há uma regência por contratos e um modo de relação que espraia, que carrega do modelo empresarial uma forma de relação forjado por interesses privados e não públicos. Nenhum contrato é derivado de movimento constituinte, mas sim de relações fertilizadas por interesses de um segmento social.

Por movimento constituinte, entendemos as relações derivadas de movimentos coletivos e públicos. Dessas relações produzem-se estados caóticos e reorganizações que constituem direitos comuns. Segundo Negri (2002), a multidão – que consideramos *locus* do controle social – é a causa do direito civil que, no entanto, não se encerra nela. O movimento constituinte parte das relações da multidão e gera um processo de organização, desorganização e reorganização das instituições sociais.

Retomando a conversa com Bobbio (2004), propomos que na relação entre leis e contratos, não assumamos nenhum dos lados. Para que seja possível manter a tensão e o movimento, afirmemos algo entre a lei e o contrato, que seria um “em movimento”, um movimento constituinte. Destacamos aqui a palavra movimento como *ethos* necessário ao que está entre a lei e o contrato.

Para seguir nossa linha de argumentação, precisamos ressaltar a ideia de que gestão e clínica não se separam assim como clínica e política e da mesma maneira que na discussão sobre política pública de saúde, não se pode separar trabalhador e usuário. Quando falamos do sistema de saúde, do trabalho, do funcionamento do serviço, não há separação entre esses domínios. Enfrentamos assim as dicotomias forjadas historicamente e afirmamos o exercício de publicização dos serviços de saúde por meio da transversalização dos processos e da horizontalização das relações, de forma a torná-las mais democráticas, o que garante o caráter público de um serviço.

Público está intimamente ligado à democracia, não devendo então se estabelecer pela dicotomia público-privado nem pela coincidência total com estatal. Embora não possamos fugir do público relacionado ao não privado e ao estatal, precisamos ir além e entender que há outras questões a serem garantidas a fim de afirmar uma prática, uma política, uma atuação como pública. Público está atrelado ao coletivo, não podendo ser o Estado sua única expressão, sob pena de arriscarmos privatizar as políticas que para reconhecermos como públicas, necessitam da construção coletiva, da participação social e do controle social, portanto, da democracia (BARROS & PIMENTEL, 2012).

Da mesma maneira que não queremos polarizar público e privado, não podemos opor coletivo ao individual. Para isso, devemos fortalecer o sentido de comum, pois esse produz funcionamento difícil de capturar, conta com o uso de formas que não são preestabelecidas e sim constituídas no bojo da experiência coletiva. Política e comum estão totalmente imbricados, visto que fazer política não é só interferir no plano das formas, de realidades dadas (macropolítica), mas também nesse plano de forças, acessando tensões, embates, conflitos e produzindo o comum nas diferenças, criando um plano transversal, um plano que toque as diferenças sem homogeneizar (micropolítica).

A cartografia é uma aposta metodológica e um *ethos* da construção desse comum (KASTRUP & PASSOS, 2013) que também está abordado no próximo capítulo, que discute a metodologia, reafirmando-a, portanto, como uma metodologia clínico-política.

Projetamos novamente o leitor à análise do campo (cap.3), onde percebemos forças privatizantes que funcionam como ímã para uma centralidade nos processos de cuidado. Essa centralização, não territorialização, hierarquização de diferentes

práticas que vão dos serviços com centralidade hospitalar às práticas de cuidado centradas em serviços e não na autonomia, é o que, facilmente, torna as práticas direcionadas pela doença e não pela saúde. Essa é uma crítica importante trazida pela Reforma Sanitária e que modulou o paradigma da saúde, outrora assentado na ideia de cura de doenças, propondo prevenção e promoção de saúde.

Escolho denominar privatizante essa força centralizadora, que recupera o antigo paradigma, entendendo que a saúde como cura de doença se centra nos equipamentos e serviços e no saber biomédico. Designamos essas práticas como verticais, centralizadas, não de base territorial, práticas mecânicas, automatizadas, não geradoras de autonomia. Já as práticas territoriais, descentralizadas, contam com a participação do usuário, são práticas mais horizontais e coletivas, produtoras de autonomia, de um trabalho que pretende gerar autonomia e fugir ao circuito da reprodução. Trabalho este que promove sem precisar produzir mais trabalho, mas que produz seu fim na medida em que os sujeitos geram saúde e multiplicam as práticas geradoras de saúde.

## **2.2 Infnitização: uma lógica da subjetividade capitalística**

As práticas geradoras de saúde e não de infndos tratamentos, as promotoras de autonomia, que não têm compromisso com os serviços, mas com os usuários, ou seja, práticas singulares são práticas finitas. Não só porque acabam, mas porquanto têm uma finalidade diferente de sua própria reprodução.

Encontro-nos numa sociedade capitalista. Como já afirmamos, o modo de vida capitalístico produz uma relação de infinitização das relações entre as coisas, as pessoas e entre pessoas e coisas. Voltemos à discussão com Marx (2003) para problematizar a produção e a reprodução a partir das relações infinitas próprias do modelo capitalista. Se saúde vem sendo tomada como mercadoria em algumas práticas e opera na lógica quantitativa, tornando cada atendimento um produto mensurável, há grande chance de prevalecer o valor de troca das ofertas dos serviços. Nessa troca, tanto trabalhador quanto o produto de seu trabalho são tomados mercadologicamente, podendo ser substituídos por outros mais produtivos e valorosos. Também na lógica do produto, é parte das relações de produção capitalistas o ato de produzir a necessidade de seu produto. A própria criação se

submete ao valor de troca. Criam-se produtos e inovações vendáveis derivados não de necessidades e nesse circuito, há também um mercado e uma produção voltados ao marketing, à produção de desejo pelos produtos.

Tomemos os ciclos M-D-M (mercadoria - dinheiro - mercadoria) e D-M-D (dinheiro - mercadoria - dinheiro). No primeiro ciclo, o início e o fim são a mercadoria. Vende-se mercadoria para comprar mercadoria e atender a uma necessidade: o excedente de uma produção é vendido a fim de garantir a compra do que se necessita. Esse ciclo é pautado pelo valor de uso dos produtos. No segundo ciclo, compra-se mercadoria para obter de volta o capital investido. A circulação do capital é a finalidade e, portanto, o valor de troca estaria em evidência. Se o foco reside no valor de uso, isso impõe íntima relação do ciclo com as necessidades e sua finitude frente à satisfação dessas. Mas se o foco reside no valor de troca, não há fim, há sempre a necessidade de troca. Nesse ciclo, troca-se dinheiro por mercadorias e mercadoria por mais dinheiro, esse é o sentido. Não se troca dinheiro pelo mesmo dinheiro, mas na fórmula D-M-D, o objetivo é sempre que o segundo D seja maior que o primeiro, o que só coloca em questão a magnitude, o quantitativo e o qualitativo fica de fora no sentido dessa operação.

A demonstração por meio de fórmulas é certamente muito simplificada, pois cada componente carrega em si abstrações e variáveis. Embora simplifique, colocar enquanto fórmula nos ajuda a entender a questão. Não queremos porém reduzir as variáveis propondo uma abstração e fazendo caber nos componentes essas variáveis. Por exemplo, o dinheiro é o capital, o acúmulo de bens, e não necessariamente notas, cédulas ou contas bancárias. O sentido último das relações sociais baseadas no valor de troca é quantitativo, diz respeito ao poder de consumo não baseado na necessidade, mas no acúmulo de capital e de poder.

Para que uma "necessidade" se reproduza, algumas lógicas são impostas possibilitando que isso se sustente. Na formação social, é preciso garantir que os modos de produção se reproduzam para que isso não pare. Se o que move a produção são as necessidades e os desejos, é ali então que o capitalismo precisa interferir para continuar se reproduzindo. A reprodução, por um lado, é garantida pelo capital, que entra nesse circuito fechando-o em si mesmo. O dinheiro, no esquema D-M-D, se isolado, qualquer que seja a quantidade, não tem valor diferente. Dinheiro será sempre dinheiro, ao passo que uma mercadoria em si, qualitativamente difere de si. Por exemplo, um quilo de farinha será sempre diferente de um quilo de feijão



qualitativamente pelo que atende em termos de necessidade. Ao passo que um real ou dois reais só são diferentes na relação com alguma mercadoria, e quantitativamente mediante seu poder de compra, fora dessa relação, um real ou dois reais não são diferentes, já que não alimentam mais pessoas, não trazem outro valor nutritivo, não diferem fora dessa relação de fato.

O esquema que preconiza o valor de troca tem nele mesmo a infinitização de seu circuito, visto que o dinheiro nesse caso entra para produzir ele mesmo. O dinheiro, formando um ciclo que por não se tratar de valor de uso ou satisfação de necessidade, é infinito, ou seja, sempre se começa no dinheiro e termina nele mesmo, gerando mais da espécie. Diferentemente, no ciclo que começa na mercadoria e termina nela e pode recomeçar, marca-se um corte, um fim. Esse pode ter seus fins e começos baseados em necessidades e saciedades. Cada circuito que inclui o valor de uso, que começa e termina em uma mercadoria, conta com um fim a ser atingido: a mercadoria e seu uso.

Tentando pensar esse esquema frente à transformação em mercadoria do trabalho em saúde<sup>19</sup>, vemos seu valor de uso perdendo sentido, já que o valor de troca é preponderante na lógica do capital. Preponderando o valor de troca, o trabalho tem seu sentido submetido ao mercado. Considerando que o capital não se confunde com o dinheiro, podendo ser qualquer coisa que mercantiliza uma relação, debateremos sobre a mercadoria e sua produção, pois para haver valor no capital é necessário que haja uma mercadoria no meio. Ou seja, para inserir a saúde na lógica mercantil, da acumulação do capital, é preciso transformá-la em mercadoria para criar esse movimento e fazer circular o capital. Discutiremos assim a produção e seus processos.

---

<sup>19</sup> Mercadoria aqui entendemos como a inclusão do produto do trabalho em saúde nesse circuito do capital. Parece-nos que o trabalho em saúde seria tomado de outra forma caso não houvesse esse forçoso enquadre dos resultados desse trabalho como mercadoria, da transformação do trabalho em números, ou seja uma forçada quantificação dos efeitos de um trabalho, que muito frequentemente exclui a qualidade do trabalho, suas diferenças.

## 2.3 Produção e reprodução

Pensando o valor de uso incluído no processo e este preponderando, temos o primado da produção. Isso nos diz que há criação, produz-se com o sentido da satisfação e a finalização de dado processo de produção. Já no caso da preponderância do valor de troca, o sentido de fim fica perdido e a produção torna-se mera reprodução. Produz-se para que a máquina não pare e o **não parar** torna-se o seu sentido. O processo criativo fica aqui comprometido. É a produção de reprodução, reprodução sem outro sentido. Na conversa com Althusser (1999), veremos como o sistema capitalista garante muito mais reprodução do que produção.

Para que a mercadoria continue sendo produzida, há de se garantir a reprodução dos meios de produção. Althusser (1999) faz essa discussão pela conceituação dos aparelhos ideológicos do Estado. Nos interessa mais a conversa sobre os aparelhos ideológicos que, sem usar de força coercitiva, orientam as crenças, as atitudes, a cultura. É dessa forma que muitas instituições formam um aparelho ideológico, que pode ser educacional, religioso etc. Rituais, funcionamentos e discursos desses aparelhos reproduzem os modos de vida que não estão dissociados do modo de produção social da realidade. Garantindo-se assim que os modos de produção se reproduzam e que a lógica prevaleça como modelo impedindo novidades, aprisionando na reprodução, essa que leva as relações ao infinito.

Tomamos aqui a discussão proposta por Althusser para transportar algumas formulações teóricas para o campo da saúde e pensar nossas práticas atuais, nossos modelos, nosso sistema. Também pretendemos pensar a possibilidade de transformação dos aparelhos ideológicos nos quais nos inserimos e produzir não apenas reprodução. Articular então o modo de produção capitalista com o modo de produção de subjetividade, podendo neles interferir.

A privatização se dá então em dois níveis. Um é a privatização da gestão, na terceirização, conforme posto acima. Uma instituição de direito privado faz a gestão de recurso público que deve ser usado em um serviço público. Essa privatização é efeito de outro plano de adesão do sistema de saúde ao sistema do capital nessa lógica de infinitização e reprodução do modo de produção.

Já preparando a discussão que virá no capítulo seguinte, é importante enfatizar o modelo de gestão por OS como resultado desse plano da privatização que relaciona a produção capitalista à produção de subjetividade. Por isso, encontramos, tanto em

um CAPS próprio quanto em um CAPS gerido por OS, essa adesão do sistema de saúde ao sistema do capital.

Entretanto, mesmo como efeito, uma gestão completamente terceirizada certamente expõe muito mais claramente essa adesão. Ali se faz um concentrado de privatização. Isso porque as relações de trabalho ficam mais explicitamente reduzidas à denominação de “recursos humanos”, não só explícita, mas totalmente, pois conta com contratos que regulam o processo de trabalho.

A tradição hegemônica de gestão do trabalho tomou o trabalhador como insumo e sua denominação de “recurso humano” não é casualidade. Assim, o trabalho é destinado à produção de bens e de serviços para os outros e, nesta medida, sua realização se dá mediante o controle de quem o realiza. Esta concepção produziu e aprofundou uma visão negativa do trabalho, o que no campo da saúde produz uma série de efeitos, entre os quais a perda de efetividade das práticas clínicas e de saúde pública e a desresponsabilização (PASCHE *et al*, 2011, p. 4546).

Quando elaboramos nosso projeto, contávamos com uma hipótese de diferenças mais estruturantes entre os CAPS próprios e OS, prevendo maior visibilidade da privatização no CAPS OS. Após o percurso da pesquisa, formulamos esses dois planos onde a privatização ocorre. Em seguida, foi possível não hierarquizar o comparecimento de linhas privatizantes nos serviços, mas reconhecendo uma premonição autorrealizada por meio dessa previsão do que seria mais visível no CAPS OS. Essas linhas são práticas, são ações que explicitam o que entendemos como privados, as hierarquias, as automatizações, a alienação. Certamente, encontramos no CAPS OS uma franqueza maior na descrição desses processos desde os primeiros contatos de pesquisa, no entanto, é necessária essa desierarquização colocando o comparecimento dessas linhas como apenas um concentrado e não como um grau que tornaria um mais privatizado que outro. Se não fosse assim não poderíamos tomar a OS como efeito e sim como causa.

A partir deste entendimento, é necessário que enfrentemos em todos os serviços a privatização nos dois planos, e essa resistência ocorre pelas práticas transversais que desestabilizam as hierarquias entre gestão e clínica e entre clínica e política. Como propõe Pasche *et al* (2011), há de se borrar as fronteiras entre usuário e trabalhador, entre gestor e trabalhador construindo esse plano do comum onde a construção da política se dá, para haver publicização como força contrária à privatização. Esse enfrentamento pode se dar em um CAPS próprio e também em um

CAPS OS. No texto que citamos, os autores ainda discutem esse aspecto democrático necessário a uma política pública ou para que uma política se faça pública. Eles discutem a efetiva participação social que extrapola os instrumentos formalmente estabelecidos para tal. Também defendem a corresponsabilização a partir dessa formulação conjunta de uma política, que deixa de estar na responsabilidade exclusiva do Estado quando efetivamente a sociedade se entende parte dela e partindo, portanto, do cuidado e da promoção em saúde.

Desse modo, acontece o que queremos chamar de abertura à criação, o uso da política de saúde como obra aberta, sempre inconclusa (PASCHE *et al*, 2011) e sempre com a possibilidade de ser recriada a partir das necessidades de quem usa e de quem trabalha.

Tocamos ainda num ponto pouco explorado que são os vínculos de trabalho, os quais também impactam fortemente as relações clínicas, sua longitudinalidade e seu viés qualitativo. No entanto, embora componham o cenário da privatização, eles não são determinantes, entram ainda como efeito se pensarmos nos dois planos de privatização propostos.

Dessa forma, preparamos a discussão a seguir, na qual expomos a composição e os encontros vividos em uma pesquisa intervenção. Apresentaremos, neste seguinte capítulo, uma obra aberta em que percorro caminhos potentes e infrutíferos, tornando ambos material de análise. Apostamos que é por tocar em nós que a sentimos e a trazemos como potente análise no intuito de criar modos de resistência e transformação.

### 3 A CLÍNICA COMO MÉTODO OU O MÉTODO DA CLÍNICA

Do mesmo modo como, ao se extrair uma célula do corpo para análise, transformamos corpo e célula, na pesquisa em saúde em geral transformamos nosso objeto para conhecê-lo. Numa via de mão dupla, mantendo o exemplo, células “voltam”<sup>20</sup> aos corpos depois de conhecidas, transformadas e tocadas. Transformamos para conhecer e conhecemos para transformar. Ao nos relacionarmos com os regimes de verdade, com as afirmações e as construções acerca do nosso campo, o alteramos e passamos a lidar com ele de outras formas.

Nosso trabalho é orientado pela aposta ético-política da pesquisa-intervenção. Apoiamo-nos nos princípios da cartografia e com eles entendemos a impossibilidade de manter uma distância ascética entre pesquisador e campo de pesquisa. Pesquisamos um objeto-sujeito que nos afeta e é afetado por nós. (PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009; PASSOS & BENEVIDES, 2009). Tomamos a ferramenta da cartografia para adentrar as discussões sobre as práticas de atenção psicossocial em curso, destacando uma participação ativa dos sujeitos em questão.

Assumimos o desafio de pensar os processos de privatização da saúde, e é a partir dessa aposta metodológica que me proponho a contar um pouco do percurso, já ativando o método na própria escrita, discutindo o processo, a maneira como a pesquisa se fez para além de resultados. Analisar os dados colhidos envolve uma análise dos modos como os dados são colhidos. Não se trata de um olhar sobre um mapa, mas do acompanhamento de movimentos (ROLNIK, 1989) institucionais no cotidiano dos serviços.

Contar um pouco do percurso é dizer que nesse tempo, veríamos muitas coisas, mas optamos por uma seleção do que experienciamos voltada ao recorte da pesquisa. Poderíamos fazer relatos etnográficos que seriam descrições de tudo que vimos, mas precisamos deixar alguns importantes temas para focar em nosso recorte. Não discutiremos, por exemplo, o masculinismo da gestão da saúde mental, que tem a direção política basicamente pensada por homens. Tal questão é presenciada em reuniões de equipe frente às falas masculinas ou na relação com a secretaria de

---

<sup>20</sup> "Voltam" aqui foi o verbo escolhido para dar o peso interventivo de uma pesquisa, mas fica entre aspas porque sabemos que as células seguem nos corpos, antes e depois das pesquisas e não são necessariamente ou regularmente as mesmas células que são retiradas e devolvidas ao corpo, embora isso também ocorra em pesquisas e tratamentos.

saúde e superintendência de saúde mental, hoje masculinas, mesmo sendo o trabalho em saúde, majoritariamente, feminino. Não discutiremos o racismo evidenciado na clientela preta enquadrada nos diagnósticos de transtornos mentais graves e na ocupação majoritária dos cargos mais altos por brancos, além de vermos no trabalho mais “barato” a empregabilidade de negras e negros. Não examinaremos a excessiva violência praticada com as trabalhadoras e trabalhadores da rede, os quais, com vínculos precários, vivem amedrontados e por isso mesmo perdem possibilidade crítica. Presenciamos isso na ocasião de nossa entrada em um dos campos, quando todos os trabalhadores foram demitidos e recontratados pela mesma OS, com a justificativa de estarem sendo protegidos do novo governo, que deixava incertos os repasses e convênios com a OS. Nessa ocasião, todos perderam o direito de gozar férias, tendo-as recebido em dinheiro, mas com novo contrato, deveriam trabalhar por no mínimo mais um ano antes do direito efetivo às férias. Além da perda do acúmulo de direitos pelos anos sequenciais trabalhados, e de muitos, sem crítica, aprovarem a rescisão. Não discutiremos a demissão da pesquisadora da presente tese, que também como trabalhadora da rede com cargo de coordenação, foi demitida em meio à pesquisa após simultânea envoltura com o movimento dos trabalhadores com salários atrasados, nota-se, uma demissão com o argumento de quebra de confiança. Entendemos que a confiança/lealdade nesse contexto diz respeito, inclusive, a não questionar o desejo no trabalho e nem jamais vinculá-lo ao salário. Não cabia queixa. Mas não adentraremos essa discussão, priorizaremos os diários selecionados para tratar o impacto do modelo de gestão na atenção psicossocial.

Foi difícil essa escolha de prioridades, de recorte, principalmente porque os temas e as situações citadas anteriormente poderiam entrar também como chave para leitura. Mas o recorte foi necessário, inclusive no diálogo com o tempo de escrita de uma tese, entendendo que ela não se encerra em composição, mas se abre para desdobramentos futuros.

Iniciamos as conversas com a rede, propondo a entrada em dois CAPS. Não se trata de uma pesquisa sobre o CAPS, mas com o CAPS. Cartografar é habitar um território existencial, nos engajando com o objeto na processualidade na qual os acontecimentos nos lançam (ALVAREZ & PASSOS, 2009). É com essa postura ético-política que propusemos ir a campo para habitar esse território existencial em dois CAPS do município do Rio de Janeiro. Um CAPS “próprio” (como tem sido chamado os CAPS diretamente geridos pela secretaria de saúde/superintendência de saúde

mental) e um CAPS OS (CAPS gerido por OS), para discutir o trabalho que chamamos aqui de "Clínica da Atenção Psicossocial" dos equipamentos, nos perguntando como se tem exercitado essa proposta em cada um dos CAPS e o que os processos de privatização da saúde têm produzido nessa clínica. Trata-se de uma pesquisa em dois CAPS da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Zona Norte.

O Rio de Janeiro é hoje, no âmbito da saúde mental, dividido em Áreas Programáticas (APs) e três grandes eixos, dos quais, selecionamos a Zona Norte. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Zona Norte é composta por 80 bairros que abrigam cerca de 40% da população do Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2006). A Região possui 14 CAPS, formando hoje a região com maior cobertura de Saúde Mental do município.<sup>21</sup>

Antes da municipalização dos serviços de saúde mental, a gerência de Programas Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro se localizava num subsetor na superintendência de Saúde Coletiva. Pelos anos 2000, houve uma reestruturação da superintendência de Saúde Coletiva e ela passou a se subdividir em coordenação de reabilitação física e coordenação de saúde mental (MAIA, 2012). O município segue desde a década de 90 se aproximando das ações em Saúde Mental, que antes eram apenas da alçada no estado e do Ministério da Saúde. Em 2012, já com avançada municipalização dos cuidados em saúde mental e já tendo sido extinta a Superintendência de Saúde Coletiva, a organização da Secretaria de Saúde cria uma superintendência específica para a Saúde Mental, vinculada à subsecretaria de Hospitais, Urgências e Emergências – para nossa surpresa, uma vinculação da Saúde Mental à rede hospitalar. É importante ressaltar que no município do Rio de Janeiro a gestão e planejamento da Saúde Mental mudou muito, muitas vezes, tornando difícil uma descrição mais precisa desse percurso. Com o avanço de debates e ações, a Saúde Mental, especialmente no município do Rio de Janeiro, entendeu que há especificidades que demandam uma superintendência, uma organização mais específica, um planejamento próprio mais direcionado.

Hoje o município conta com um Superintendente de Saúde Mental, uma gerência de Saúde Mental para cada grande eixo da cidade (RAPS Zona Oeste, RAPS Zona Centro-Sul e RAPS Zona Norte), além de articuladores e supervisores que

---

<sup>21</sup> Esse número e essa organização podem mudar com alguma celeridade, por isso escolhemos parar a atualização em maio de 2018.

aproximam o diálogo da saúde mental com a atenção básica e as coordenações de Áreas Programáticas.

Cada um dos grandes eixos possui também um Centro de Estudos, que é submetido à coordenação de Formação da superintendência. Esse Centro de Estudos e Pesquisa cuida de toda a formação (residência, estágios, cursos, pesquisas) lotados naquele eixo. O fluxo de pesquisas teve mudanças recentes devido a essas coordenações reorganizadas. Falaremos também sobre como isso atravessou nosso percurso.

A cartografia, à medida que se interessa por processos, necessariamente busca um plano comum de heterogêneos, um plano coletivo que inclui múltiplas linhas e vetores, um plano transversal que inclui o diferente, o "de fora" enquanto algo que desestabiliza as linhas ordinariamente dadas às instituições, que são diferenças colocadas hierarquicamente ou horizontalmente, organizando as diferenças pelo poder ou pela homogeneização. A transversalidade, a inclusão do fora, do desigual num plano coletivo comum, desestabiliza a organização, fazendo emergir esse plano de forças, tornando-se visível o funcionamento da máquina da saúde (KASTRUP & PASSOS, 2013). Guattari (2004), em sua perspectiva clínico-política, define a direção da intervenção socioanalítica<sup>22</sup> a partir do conceito de transversalidade entendido como aumento da abertura comunicacional intra e intergrupos. Transversalizar é alterar o coeficiente de abertura de maneira a permitir o reposicionamento dos grupos na direção da autonomia. As noções de grupo sujeito e grupo sujeitado indicam esse reposicionamento. O grupo sujeito é aquele que comporta ou suporta seu próprio fim, isto é, pode abrir-se para processos de mudança conjurando o medo da finitude intrínseco à introjeção do significante social (Guattari, 2004). Convive com a ideia da finitude. Entendemos isso como enfrentamento à lógica capitalística que infinitiza as relações de produção e de consumo. Pensar o trabalho clínico que inclua seu fim é apostar na diretriz da autonomização como tratamento e militância, conforme discutimos nos capítulos anteriores.

A potência do pesquisar-com está colocada.

---

<sup>22</sup> O termo é usado aqui como referência aos trabalhos com grupos e instituições, trabalhos de análises e intervenções que tomavam a transversalidade como operadora. A cartografia é tomada como método nesse modo de analisar grupos, coletivos e processos institucionais. Apoiamo-nos nessa teoria e entendemos a qualidade da intervenção de nossa pesquisa como socioanalítica. A socioanálise é também uma forma de trabalhar que inclui a política, tendo sido construída com o movimento do Partido Comunista Francês.



A dimensão de coletivo extrapola as fronteiras preestabelecidas na divisão das disciplinas (o que é desse saber e não de outro) e dos participantes da pesquisa (esse é pesquisador, aquele é pesquisado; esse é cego, aquele é vidente; esse é usuário, aquele é trabalhador do SUS; esse é aluno, aquele é professor), funcionando como zona de indiscernibilidade que não pertence exclusivamente a nenhum dos domínios específicos ou grupos de interesse implicados na pesquisa, mas diz respeito à complexidade da realidade investigada. (KASTRUP & PASSOS, 2013, p. 266.)

Chegamos nesse diferir que aproxima, mas não homogeneiza. Mantemos a diferença, o ser de fora, um certo estranheirar-se como direção metodológica da pesquisa.

Nos primeiros encontros para convite à participação na pesquisa, pudemos recolher bastante material e notamos que a entrada no campo já havia se dado. A proposta foi registrar tudo por meio do diário de campo<sup>23</sup>, e iniciamos os diários já registrando as primeiras conversas com as diretoras dos CAPS, produzindo material para análise. Percebemos que o tema das OSs provocava muito alvoroço. Tratava-se de um tema muito silenciado.

Como discutido com Gastão Wagner Campos (2015), nosso pressuposto é o da inseparabilidade entre atenção e gestão, o que justifica o investimento da pesquisa de campo em CAPS. Queremos ampliar essa discussão afirmando em nosso percurso metodológico a inseparabilidade entre produção de conhecimento e cuidado.

---

<sup>23</sup> O diário de campo ou diário de pesquisa, segundo Lourau (1993) reconstitui a história subjetiva do pesquisador, além de produzir um tipo de reflexão própria do escrever (Lourau, 1993). Os diários têm a intenção de registrar muito mais que fatos, mas as afetações do campo no pesquisador.

### 3.1 Em cada CAPS uma experiência

Na experiência de propor ao CAPS OS uma entrada para pesquisar esse tema, fui recebida pela direção do CAPS com muito susto. Demoraram em poder me receber. Há um intervalo somente de ligações não atendidas e de adiamento da marcação do encontro. Quando foi possível o encontro para falarmos mais detalhadamente do tema de pesquisa e da proposta metodológica, a primeira afirmação foi de que não havia relação entre o modo como a equipe é “paga” e a clínica.

*“Mas a OS não tem nada a ver com a clínica. OS é só fonte pagadora. A minha relação com o paciente é a mesma.” (Diário de campo do dia 1/12/2015)*

Nesse momento, sigo a conversa, podendo falar um pouco da construção da aproximação entre gestão e clínica. Afirmando de saída meu pressuposto de que não há como os modos de gerir não interferirem no modo como trabalhamos e, conseqüentemente, em como clinicamos. Pude lembrar que clínica é cuidado, mas também processo de trabalho do clínico. Senti-me muito frágil naquela conversa e saí muito afetada, com raiva, não entendendo a posição das companheiras. Encerrei esse primeiro encontro com a direção do CAPS muito despotencializada, desanimada.

Esse encontro se desdobrou numa conversa com o Centro de Estudos da RAPS Zona Norte, por onde a autorização da pesquisa tinha que passar. Ali, fiquei sabendo de outros questionamentos da direção do CAPS. Senti a pesquisa sendo barrada. A responsável pelo Centro de Estudos transmitiu uma discussão que ocorrera entre os responsáveis da superintendência (coordenação de Formação) de Saúde Mental, a direção do CAPS e o Centro de Estudos, colocando que minha pesquisa tinha um viés ideológico muito forte e que isso era complicado. Inserir uma pesquisa desse tipo em um CAPS seria problemático. Saí dessa conversa com os afetos despotencializadores mais exacerbados. Percebi em mim vontade de desistir.

De que ideologia estavam dizendo? Decerto, havia um viés ideológico forte, que seria a radical ideologia do SUS que em princípio, era comum a nós. Como vimos em Althusser, sempre há ideologia, não é senão uma ideologia que sustenta uma prática. Mas certamente ali se referiam a uma aposta no público que por pressuposto

traria críticas. Seguimos acolhendo o que em nós tirava muitas vezes a força. "A sensação de permeabilidade é um dos indícios do acesso a um plano comum" (KASTRUP & PASSOS, 2013, p. 276). Afetada e completamente porosa a esse campo, seguimos.

Aqui se coloca a importância da interlocução, do que vou chamar de supervisão desse trabalho de campo. Foi preciso um olhar de fora, alguém que pudesse me tirar dessa imersão completa, ler comigo esse diário para que essa porosidade não se tornasse uma dissolução, uma mistura. Existe um limiar dessa afetação que precisa ser mantido para que seja possível falar da experiência e elaborá-la a fim de produzir conhecimento.

Então, nesse momento pedi uma orientação. Na conversa de orientação, entendo minha função de cuidado junto dessa equipe e a importância de conversar numa postura acolhedora e não combativa. Essa sensação de "ataque" a minha pesquisa revelava um sentimento o qual afetava os trabalhadores que viviam seu processo de trabalho atravessado pela privatização do público. Num primeiro momento, não era evidente que meu mal-estar dizia sobre o campo, a questão se pessoalizava, achava que a dificuldade era comigo. Impunha-se mais um exercício metodológico: um movimento de se envolver sem se misturar.

A pesquisa cartográfica coloca-se entre aquelas que afirmam a importância do interesse da ciência pelo que investiga, aceitando em contrapartida, o interesse próprio do objeto. A dimensão interativa ou participativa característico da experiência de "inter-esse" é revalorizada, o que confere ao trabalho da pesquisa um sentido de cuidado. O pesquisador sai da posição de quem – em um ponto de vista de terceira pessoa – julga a realidade do fenômeno estudado, para aquela posição – ou atitude (o ethos da pesquisa) – de quem se interessa e cuida. (*idem* p. 271)

Foi possível então uma dobra sobre mim. Reposicionar-me e perceber que meu objeto de pesquisa era vivo e sujeito. Ele se impunha e exigia de mim uma re colocação frente ao meu problema de pesquisa e ao modo como investigar. Pesquisar é também cuidar, acolher, inclinar-se sobre, é fazer clínica. Nesse momento, foi como uma flor que se abriu, eu via um botão virar flor. Isso mudou meu olhar sobre a equipe, sobre minha própria pesquisa e seu problema. Fez-se um deslocamento subjetivo e objetivo. Como quem narra um conto aumenta um ponto, no desenvolvimento ou aplicação dessa metodologia, incluímos a necessidade da supervisão em uma pesquisa-intervenção. Esse aprendizado contagiou nosso grupo de orientação, e todos os

colegas que fazem trabalho de campo têm à disposição hoje a supervisão desse trabalho.

Perseguindo a aposta na pesquisa COM, Moraes (2015) nos lembra a existência de mal-entendidos promissores, que nos abrem a novas versões do acontecimento. Pesquisar COM não é tornar o outro como alvo de nossas intervenções. Nosso objetos não são dóceis ou passivos.

Não se trata de tomar o outro como um ser respondente, um sujeito qualquer que responde as intervenções do pesquisador. Ao contrário, o mal entendido promissor anuncia novas versões do que o outro pode fazer, isto é, ele anuncia que o outro que interrogamos é um expert, ele pode fazer existir outras coisas. (*idem* p. 29)

Após a supervisão e o meu reposicionamento, aceitei o desafio de ir conversar com a equipe sobre minha proposta de pesquisar com o CAPS. Nos momentos de desafio, quando fui tomada de afetos, pude acessar algo daquele campo. Algo que só se comunica por um plano de forças. Quando esse plano de forças me tomou, me “atingiu”, o acessei e pude devolver essa afetação como análise, material de trabalho e produção de sentido. "O caminho da pesquisa não é a busca da acurácia do conhecimento em relação aos fenômenos investigados. O desafio é fazê-los vibrar, entrando em contato com o *felt-meaning* que marca aquela paisagem e move aquele território existencial." (KASTRUP e PASSOS, 2013)

E por que discutir no coletivo, na reunião de equipe? Porque optamos por uma pesquisa cartográfica, portanto, pesquisa-intervenção em serviço público que quer garantir um fazer coletivo. Agimos na direção de criar um plano comum entre pesquisador e pesquisado, onde um coletivo “pesquisado” significa coletivamente pactuar a pesquisa e abrir a possibilidade do pesquisar COM e de criar esse plano comum com aquele coletivo. Mesmo sendo trabalhadora da saúde mental, familiarizada com a rede do município do Rio de Janeiro, percebi diferenças da experiência, principalmente no que diz respeito ao trabalho de um CAPS. É preciso criar uma distância entre a trabalhadora e a pesquisadora e também um comum entre pesquisadora e pesquisado, seguimos brincando com essa dinâmica, vendo e fazendo-se notar esses lugares. Uma experiência de vizinhança, aproveitando o termo de Deligny (2015), de quando temos uma proximidade que conhece de fora, mas não tão de longe. Uma distância próxima recoloca a relação com a produção de

conhecimento, inclusive porque para manter a vizinhança, não pode haver lugar fixo. À medida que o objeto-sujeito se movimenta, o pesquisador também se desloca.

Tratava-se então de me apresentar e criar um comum com aqueles CAPS. Ir à reunião e construir com a equipe uma autorização para a pesquisa, construir os próprios dispositivos de pesquisa e reformular propostas, isso abriu um espaço para a construção do próprio objeto que não estava dado previamente, mas que se fazia ao pesquisar. Como os processos de subjetivação estão sempre se dando, jamais haverá um objeto estático a ser isolado e observado. Essa foi nossa atitude ética e metodológica. "A cartografia é um método de investigação que não busca desvelar o que já estaria dado como natureza ou realidade preexistente. Partimos do pressuposto de que o ato de conhecer é criador da realidade, o que coloca em questão o paradigma da representação." (KASTRUP & PASSOS, 2013, p. 264.)

*Reunião de equipe do Caps OS.*

*Chego 9h, pontualmente. À hora marcada. Ainda poucas pessoas na sala de reunião. Julia<sup>24</sup> ainda não havia chegado. Procuo Keila<sup>25</sup> que, segundo a recepção, já havia chegado, mas não a encontro.*

*Um usuário, Juca, vem falar comigo, quer me ajudar a encontrar Keila. Mas não conseguimos. Já começo a me sentir mais à vontade ali.*

*Sento para esperar, na entrada do CAPS, ali mesmo onde os usuários esperam. Vejo um movimento. Bem misturado, entre clínica da família e CAPS. Logo Julia chega.*

*Nos cumprimentamos, bastante à vontade. Ela diz que vai tomar café e me convida. Sigo com ela até a cozinha do CAPS. Tomamos um café. Ali chegam pacientes e outros técnicos. Vou me apresentando. Julia também me apresenta às pessoas. Começo a ficar à vontade. O clima começa a ser outro. Já ali. Marta (uma técnica do CAPS, que ainda não sei a função) toma café conosco. E me reconhece do grupo #emdefesadareforma (relacionado às manifestações atuais Fora Valencius). Pergunta se venho falar de algum caso. Digo que não, que estou ali para falar de minha pesquisa de doutorado. Ela rapidamente pergunta sobre o que é a pesquisa.*

---

<sup>24</sup> Diretora do CAPS. Todos os nomes de todos os diários de campo aqui apresentados são fictícios.

<sup>25</sup> Coordenadora Técnica do CAPS.

Enquanto isso, a cozinheira/copeira/cafezeira me pergunta se já peguei o café, enfim, super simpática e acolhedora. Trocamos umas palavras amigáveis.

Juca, aquele mesmo usuário, vem à porta toda hora, falar comigo e com os outros técnicos do CAPS. Tem também uma usuária sorridente e simpática, que não me recordo o nome. Ela me cumprimenta com 2 beijos, em seguida de ter feito o mesmo cumprimento a Julia. Fala muito contente de um passeio à praia, que está marcado com os usuário do Caps.

Falo com Marta que minha pesquisa é sobre as OSs na saúde mental. Veio assim na hora. A pergunta acerca do que queria pesquisar me incomodou. Porque a essa altura, já não sei mais exatamente sobre o que é minha pesquisa. Qual é minha pergunta e qual o sentido de comparar<sup>26</sup>? Mas sei que o caminho está se fazendo e sabia que tinha que estar ali, com aquelas pessoas. Isso segue firme. E surgiu esse tema geral como formulação na hora. Achei muito bom. Foi confortável.

Ainda antes de sair da cozinha, Catia<sup>27</sup> passa por lá. Vem falar de um caso com Julia. Nos cumprimentamos. Ela já sabia porque eu estava ali. Tínhamos falado por facebook sobre a possibilidade de conversarmos antes da reunião, já que ela tinha se disposto a ser minha interlocutora junto ao CAPS, entendendo uma dificuldade de autorização para minha entrada no campo de pesquisa.

Um cumprimento um pouco constrangido. Como fora também quando terça (05/01), ela passou por mim, dentro de um carro da prefeitura, saindo do Nise. Deu tchauzinho e fez cara de triste, fazendo menção à impossibilidade de nosso encontro. Havíamos tentado um horário, mas não foi possível.

Depois do café, fomos para nossa reunião. Abrimos com minha apresentação. Catia não estava. Julia diz que estou ali para falar sobre minha pesquisa de doutorado e pede para eu explicar para a equipe do que se trata.

Começo falando que achava que a equipe já sabia do projeto. Mas que então eu falaria rapidamente. Falo que é uma pesquisa sobre as OSs na saúde mental. E que metodologicamente faria essa pesquisa através de uma comparação entre um CAPS próprio e um CAPS OS.

---

<sup>26</sup> A proposta inicial do projeto de pesquisa seria um estudo comparativo entre um CAPS próprio e um CAPS OS.

<sup>27</sup> Psicóloga do CAPS.

Que eu queria entender qual o impacto, quais os efeitos dessa gestão, que passa ser feita por uma parceria público-privada, na assistência, para o usuário. Que diferença isso faz para o usuário?

Logo gera uma inquietação. As pessoas começam a se mexer e falar. Interessante o efeito desse tema, que agora escrevendo posso formular melhor. Isso acontece com muita frequência quando falo do meu tema de pesquisa.

Falo que entendo a delicadeza do tema que desejo pesquisar e que por isso estava ali para falar com eles. Que entendo um certo receio que apareceu na equipe sobre isso, mas que queria me colocar muito junto da equipe para termos toda delicadeza e cuidado necessários para discutir esse processo. Trata-se então de uma cartografia. Um acompanhamento de processos que não poderia se fazer sem uma parceria efetiva com aquela equipe. Que construiríamos esse conhecimento juntos.

As cabeças balançam, dizendo sim.

Digo que quero estar então acompanhando o cotidiano do CAPS.

Julia insiste em me perguntar o que objetivamente eu vou fazer lá. Essa parece uma preocupação importante. Respiro e digo que se trata de uma proposta metodológica bem aberta. Que por princípio metodológico gostaria de construir ali com eles o melhor dispositivo para entender as questões que me proponho. Poderia ser rodas de conversa com eles, poderia ser estar mais próxima da gestão do CAPS, ou de um profissional ou uma atividade. Mas que eles pudessem ver comigo isso. Que não gostaria de montar de antemão um modo, porque achava que isso seria melhor feito junto deles.

Catia chega mais ou menos nesse momento. Ouve uma parte da minha fala e depois insiste na preocupação. O que exatamente você quer observar aqui, pergunta ela. Como seria sua inserção? Insiste se desculpando caso eu já tivesse falado sobre isso, porque ela tinha chegado depois.

Retomo a conversa e explico meu interesse novamente. Falo das possibilidades de rodas de conversa com eles, ou de acompanhar um dispositivo específico que eles achem interessante, ou de estar mais próxima da gestão ou na rotina mesmo. Ou ainda, outra ideia que eles tenham. Digo que me interessa estar junto deles e reforço meu compromisso com a delicadeza da análise desse material de

campo. Que de maneira nenhuma quero trazer qualquer prejuízo à equipe, a eles.

Catia fala que se eu quiser observar falta de recurso, reclamações de falta de equipe... interrompo dizendo que talvez essa não seja uma diferença entre os CAPS. Ela insiste dizendo que na verdade, isso não vou encontrar ali. "Nós somos o CAPS rico. Não tem aqui ninguém dizendo: não tem como fazer uma VD, porque não tem equipe pra isso. Isso você não vai ver aqui. Podemos não conseguir naquela hora, mas faremos no dia seguinte."

Digo que acho ótimo. Mas que minhas questões não passam por aí necessariamente.

Ela insiste num tom um tanto agressivo: "seria importante você ver a história desse CAPS. Por exemplo, saber como Julia chegou à direção e como Juliana, por exemplo, chegou à direção do CAPS1<sup>28</sup>. Nós temos um lugar importante nessa comunidade. Nós atendemos 400 pessoas com transtornos mentais graves desse território."

Agradeço a fala dela que até me sugere um texto. Digo que vou procurar sim as histórias dos CAPS envolvidos na pesquisa.

A equipe diz desejar a pesquisa ali. Muitas falas já foram disparadas no sentido de dizer que há diferenças sim, entre um CAPS com servidores, um CAPS próprio, e um CAPS OS. Falam sobre ponto eletrônico e enumeram algumas diferenças entre os CAPS.

Por fim, topam entrar comigo na pesquisa.

Agradeço à equipe e saio.

Julia sai junto comigo. Ela me pergunta sobre Camila<sup>29</sup>, se ela não viria. Digo que não. Pergunta se trouxe a carta<sup>30</sup> para ela assinar. Digo que não, mas digo que se tiverem impressora lá, podemos já imprimir e eu levo. Fizemos isso.

Dou um retorno pra Julia sobre a reunião. Digo que gostei muito, que estava feliz com a receptividade da equipe. Julia também estava bem tranquila.

---

<sup>28</sup> A seguir explicarei quem é o CAPS1.

<sup>29</sup> Responsável do Centro de Estudos pela autorização da pesquisa.

<sup>30</sup> Carta de anuência. É um dos documentos exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde do município do Rio de Janeiro.



Sobre a fala de Catia, senti por um lado que ela insistia que eu tinha uma dura hipótese de que o CAPS OS era pior que o próprio e que eu precisava encontrar essa resposta ali. Como se eu estivesse ali buscando isso. E ela me alertando que não ia encontrar. Por outro lado, um certo receio de que encontrasse. Então, de antemão, ela defendia o trabalho deles. Ela chega a dizer no final: "traz um chinelinho, porque a gente vai levar você pra subir morro". Eu digo: "claro, nem vou trazer, já venho com ele. Hoje estou assim porque vim a passeio". E saio sorrindo.

Nesse momento ainda tinha a ideia da pesquisa comparativa, que apareceu em meu projeto de entrada no doutorado. Embora já estivesse me interrogando se essa era a melhor alternativa metodológica, quando encontro meu objeto se fazendo sujeito muito claramente, experimento uma mudança. Não fazia mais sentido comparar. Fomos construindo a ideia de estar junto, participar do dia a dia, tentando deixar um pouco de lado a lógica comparativa. Como o trabalho clínico se apresentava para mim, nos CAPS e nos processos de trabalho? Que diferença fazia ou não que fosse OS? Afinal, faz diferença?

Essas e outras perguntas foram se formulando. E a comparação era inevitável a partir da escolha dos serviços onde se realizaria a pesquisa: um CAPS com OS e outro sem. Seguimos com esse incômodo e com o esforço de não pautar a pesquisa na comparação. Anunciava-se um grande problema da escolha do campo de pesquisa, pois se a privatização é um processo para além e aquém das OSs, entendíamos no desenrolar da pesquisa que o CAPS OS não era senão um concentrado de privatização. Concentrado porque ali veríamos mais claramente várias expressões de um modo privado, juntas. Tal entendimento se anuncia no contato com a direção e nas primeiras barreiras provocadas pelo medo e incômodo do serviço no que se refere a realização da pesquisa. Corríamos o risco de que a OS fosse tomada como causa e não efeito desse processo que abriu as condições de possibilidade para que essas organizações entrassem na saúde. Conforme discutimos no capítulo 1, desde a Reforma Administrativa de Bresser o terreno vem sendo preparado para um modelo administrativo gerencial, numa lógica empresarial.

Identificar o processo de privatização à terceirização da gestão tal como acontece com a entrada das OSs na saúde mental apagava o fato de que tal processo está também presente no CAPS próprio. No caso do serviço de gestão terceirizada

há uma amplificação dos problemas gerados pela privatização, por exemplo, quando os trabalhadores se veem com menos possibilidade de contestação ao processo visto que a crítica compromete sua própria fonte de renda, seu próprio sustento. Como trabalhamos no capítulo anterior, os dois planos em que o processo de privatização se dá devem ser discernidos, o que exigiu da pesquisa um esforço para saber que a terceirização direta (plano de terceirização da gestão) é efeito desse outro plano de adesão do sistema de saúde ao sistema do capital na lógica de infinitização, de reprodução do modo de produção – plano de privatização das práticas saúde que não se reduz, necessariamente, à terceirização da gestão.

Certamente, a proposta de conversa com o CAPS próprio se construiu de um jeito diferente. Primeiro, procurei o serviço que chamarei aqui de CAPS1, o qual aceitou prontamente a pesquisa, já assinando a carta de anuência. Alguns meses depois, passado o tempo de diálogo com o CAPS OS, o setor me procurou e disse que atravessava um momento de muita dificuldade, pois encontrava-se com a equipe extremamente reduzida, vários profissionais com licença e sem possibilidade de reposição dos trabalhadores. A diretora disse que poderíamos até conversar em reunião de equipe, mas sua posição dela era de que o momento não era bom para o CAPS ter uma pesquisa, até demonstrando uma preocupação com a imagem que o CAPS passaria, afirmando que eles não poderiam fazer o trabalho que sabiam e queriam fazer. Insisti que isso fazia parte dos processos que pretendíamos investigar e que trataríamos a situação relatada com todo cuidado, queríamos presenciar esse momento difícil. A proposta era estar junto. Além disso, tínhamos um prazo já que o projeto ainda estava em fase de submissão à avaliação do Comitê de Ética da Universidade e do Município. Mas ainda assim, ela continuava recuando. Ofereci trocar, fazer o campo no CAPS OS primeiro, para que a situação pudesse se ajustar, mas essa sugestão também não foi aceita. Essa conversa se deu no dia que finalmente havia conseguido o aceite do CAPS OS.

#### Reunião com diretora do CAPS1

Essa reunião foi solicitada porque desde que Telma assinou a carta de anuência para a minha entrada no CAPS, muitas coisas mudaram. E ela me abordou pedindo para conversarmos, pois não sabia se essa era a melhor hora para fazer uma pesquisa lá.

Chego ao CAPS e aguardo um pouco. Ela muito atarefada. Finalmente começamos a conversar na sala dela. A todo o momento éramos interrompidas por alguém da equipe, solicitando ou perguntado coisas.

Telma começa a falar que o CAPS está vivendo um momento atípico. Que saíram 7 pessoas ao mesmo tempo. Entre licenças e aposentadorias. E sem reposição nem previsão para tal. Ela espera e deseja que em algum momento nesse ano, as coisas se resolvam ou melhorem, porque senão, ela não aguenta.

Fala isso com uma voz bem embargada, num semblante extremamente cansado. Eu, que acompanhei a chegada de Telma à direção deste CAPS, justamente, para substituir uma licença-maternidade, sinto muito em vê-la assim. Ela chegara com muito vigor, muita energia e vontade de trabalhar. Toda a equipe sentiu essa chegada de maneira muito positiva. Vibraram com uma direção parceira que chega junto, coloca a mão na massa e com competência técnica.

Mas agora, sofreu um grande golpe, minha leitura é bem essa. Ela chegou com muita energia e peito aberto. E o golpe foi muito forte. Está muito abalada e triste. Já tinha comentado em outra conversa que o superintendente de Saúde Mental do município havia lhe prometido 2 vagas, que ela fizesse inclusive seleção e enviasse os nomes para contratação, mas não honrou sua palavra e não deu qualquer outra previsão.

Ela segue dizendo que não acha que esse seja o melhor momento para se fazer uma pesquisa no CAPS1 porque não estão fazendo um bom trabalho. Em seguida se corrige, diz que essa não é a melhor palavra, mas que não estão fazendo o trabalho que é para ser feito, por essa condição peculiar.

Solidarizo-me com o problema. Após deixá-la falar bastante digo a ela que meu desejo é estar com eles nesse momento, que me interessa acompanhar processos e que estar com eles nesse momento faria parte disso, seria acompanhar isso que estão vivendo.

Ela diz que ao ler meu projeto, entendeu que precisaria estar mais próxima de mim, conversar e tal e que nesse momento não poderia fazer isso, que ela tem deixado inclusive de fazer as coisas da gestão porque tem precisado estar na assistência, tamanha falta de

profissional. Diz que tem dias que está com 3 técnicos apenas no CAPS. Refere-se à reunião de equipe, que eu conheço com uma sala cheia, dizendo que agora tem sido uma mini roda naquela sala enorme. Diz que o clima esteve muito ruim, clima de enterro na equipe e que agora as pessoas já estão trabalhando em um clima melhor, embora ainda com muitas dificuldades.

Falo que sinto que a rede toda está em grande sofrimento, sou solidária mais uma vez, lamento o que está ocorrendo, digo a ela que já vira outros CAPS passarem por situações como essas e que me preocupa essa fala, porque acho que os CAPS próprios estão prestes a acabar, por isso minha pressa, inclusive em colocar o CAPS próprio na frente em meu cronograma de pesquisa de campo.

Ela diz que não tem mesmo como eu fazer a pesquisa lá. Que não acha bacana que eu faça lá minha pesquisa, apesar de todas as minhas explicações. Proponho inverter o cronograma. E ela diz que por ela não acha mesmo assim legal, porque ela não sabe quando essa situação vai se resolver, mas aceitaria que eu conversasse com a equipe. Caso a equipe topasse, eu poderia fazer. Combinamos que eu iria 20/01 fazer essa conversa.

Que virada! O CAPS OS, que não me queria lá, hoje me assina a carta após uma conversa ótima com a equipe. Uma aceitação, uma receptividade inesperada. Já o CAPS1, que inclusive já tinha assinado a anuência, desiste.

Saio dali perplexa e com muitas dúvidas. O que fazer? Insistir? Atrasar ainda mais meu processo no CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), com grandes chances de chegar à reunião e ter a negativa da equipe? Ou recomeçar a conversa com outro CAPS?

Resolvo então conversar com o Centro de estudos, que vem sendo parceiro nessa caminhada e com meu orientador. Colocamos todos os poréns e as grandes chances de negativa, além de pensar que seria ruim uma insistência já onde a diretora sinalizava essa negativa. Resolvo então fazer contato com o segundo CAPS próprio da mesma RAPS.

Partimos para a conversa com o segundo CAPS próprio já no dia seguinte. Era o CAPS Torquato Neto<sup>31</sup>. Em reunião com a direção, pactuamos uma conversa com a equipe na semana seguinte, na reunião de equipe. Já nessa conversa

percebo que a simples tematização da política pública traz uma possibilidade de circulação de palavra sobre a conjuntura atual e atuação política do CAPS, que vem sendo silenciada. Vem estando silenciado no cotidiano dessa rede. Aquelas pessoas que convivem, trabalham juntas, militam juntas, nunca discutiram, não falaram umas pra outras o que pensam, nunca estenderam ou aprofundaram esse assunto. Esse já é um efeito interessante da pesquisa que começa a se produzir, como foi também no CAPS OS. A possibilidade das pessoas se ouvirem sobre o que se passa, sobre o modelo de gestão e contratação, sobre as preocupações, confortos e desconfortos sobre o tema.

Durante a conversa com a diretora e coordenadora deste CAPS Torquato Neto, as duas começam a dizer coisas uma para a outra, coisas que não disseram antes, posições políticas que desconheciam umas das outras.

Seguimos para a reunião de equipe, cerca de 10 dias depois.

#### Reunião de Equipe CAPS Torquato Neto

Estive na reunião de equipe, conversando com eles sobre minha proposta de fazer pesquisa naquele CAPS. Inicialmente apresentei o projeto e nos abrimos a perguntas.

Creuza, uma psiquiatra, diz que achava muito vaga minha proposta, que não tinha entendido bem meu objetivo. E que queria saber se haveria alguma contrapartida. Como era isso, pois conhecimento é poder e eu estaria ali, extraindo conhecimento e o que o CAPS ganharia com isso?

Explico que meu objetivo era investigar os processos de privatização da saúde pública e as OSs, intimamente ligadas a esse processo. Gostaria de perguntar o quanto interferem, se

---

<sup>31</sup> O CAPS escolheu ser identificado nominalmente na conversa final da pesquisa, quando foi feita uma restituição do processo. Analisaremos adiante essa escolha em contraposição à não escolha pela identificação nominal do CAPS OS.

interferem, qual o lugar dessa Organização nesse processo. Digo que pelo que venho pensando até aqui, alguns processos de privatização para aquém e além das OSs já são perceptíveis, mas que estar em um CAPS OS e em um CAPS não OS poderia nos ajudar a elucidar essas diferenças.

A equipe pontua que a escolha de um CAPS II e um CAPS III<sup>32</sup> poderia fazer diferença e pergunta o porquê da escolha. Explico que na mesma RAPS (norte, sul ou oeste) não há 2 CAPS do mesmo tipo, sendo um OS e um não. Poderia ter ido para RAPS diferentes, mas achei que essa diferença de território seria mais significativa do que o tipo de CAPS. De todo modo isso seria levado em conta em minha exposição posterior.

Falo sobre a contrapartida. Digo que o que tenho a oferecer é o compartilhamento de minhas investigações com a equipe. Sobre o material de campo, faço o mesmo combinado que fiz no CAPS OS, de passar por ali todas as análises. E digo que disponibilizarei a tese, uma apresentação da pesquisa a combinar com a equipe e convite para a defesa.

A supervisora pontua que sou uma mulher de coragem por fazer uma pesquisa como essa e se coloca à disposição.

Depois desses primeiros comentários o clima ameniza um pouco. As pessoas pontuam algumas diferenças que já percebem entre o CAPS próprio e o OS. Falam dos salários, recursos humanos e materiais, que são mais vastos no CAPS OS, mas se perguntam se isso é determinante de algo.

Por fim, mencionam que darão a autorização mediante minha conversa com os usuários em assembleia e querem definir que dispositivos eu ocuparia no CAPS. Digo que é disso que se trata, que acho ótimo que tenham colocado essa condição de conversa com os usuários antes da minha autorização e combino de ir à assembleia na próxima quinta.

Falam da própria assembleia como um espaço interessante, mas também da convivência. Então construímos que eu estarei, a princípio, nas quintas-feiras, desde a hora da assembleia até o final

---

<sup>32</sup> CAPS II são Centros de Atenção Psicossocial voltados ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves, que funcionam de segunda a sexta e fecham no período noturno. Municípios cuja população está entre 70.000 e 200.000 habitantes têm de ter esse serviço. CAPS III são Centros de Atenção Psicossocial também voltados ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves, no entanto, possuem serviço de acolhimento noturno e funcionam 24 horas. Municípios com mais de 200.000 habitantes têm de ter esse serviço.

do dia no CAPS. E em algum momento acham que precisaremos de uma conversa com a equipe. Vamos construir a melhor maneira de fazer isso e também estar próxima da gestão.

Combinamos então que vou submeter meu projeto ao CEP e, com a aprovação, começarei a ir às quintas no CAPS. Seguiremos conversando em seguida.

Como disparador da conversa, em cada um dos CAPS, nos propusemos a acompanhar as rotinas de um dispositivo a ser pactuado com as equipes, por quatro meses. A pesquisa é sempre uma intervenção. Destacar um tema e discuti-lo não é inocente, produz movimentos. Como colocamos acima, em trecho do diário de campo, uma simples conversa, um pedido de autorização, já produz uma circulação da palavra e um reposicionamento das direções dos serviços frente ao problema. Pesquisar-com pressupõe tomar os participantes não como objetos, mas como sujeitos no processo de construção de conhecimento. Nesse sentido, lançamos mão de um dispositivo de participação na forma de encontros periódicos ao longo do trabalho de campo no Serviço, no qual discutimos com os participantes os dados colhidos. Mesmo após concluída a etapa de acompanhamento da rotina do CAPS, retornamos ao serviço para compor com os participantes as análises dos dados colhidos.

Nossa aposta é de que os estudos e pesquisas no campo da saúde produzam saúde, políticas de saúde, reforçando que pesquisar é intervir. Quando contamos a história do SUS, seu berço na Reforma Sanitária e Psiquiátrica<sup>33</sup>, falamos da força do discurso, dos paradigmas, do pensamento acerca da saúde, na própria política de saúde. Anteriormente à Reforma e às discussões que ela propõe, a saúde operava a partir do paradigma da doença e da cura. Quando pudemos, por meio de pesquisas, debates e diálogos populares, construir o paradigma da qualidade de vida, da produção de saúde, passamos a conceber uma política de saúde assentada sobre a saúde, na saúde e não na doença. Enquanto no campo específico da saúde mental, produzimos uma história do “louco” a partir de sua potência, do “louco” enquanto sujeito de direito, no paradigma não reformado, com um discurso acerca da loucura perigosa e incurável, encaminhava-se para asilamento, lobotomia e contenções. Essa

---

<sup>33</sup> Conferir AMARANTE, 1998.

ideia, de que estudos e pesquisas bem como a produção de conceitos e discursos sobre algo produzem realidades, é trazida por Moraes (2010), no estudo sobre a cegueira, e nos servimos dela para falar de saúde e loucura reiterando que pesquisa é intervenção. Quando nos propomos a uma investigação acerca dos processos de privatização em curso na saúde mental do Rio de Janeiro, nos perguntamos o que estamos produzindo acerca do público, do que seja saúde pública. Falamos na ampliação do debate, em construir com os trabalhadores o que seja resistir/existir enquanto equipamentos públicos no contexto atual.

Esse movimento de “re-existência” que se faz no pesquisar, bem como todo o processo de criação de comum, nos faz pensar numa aproximação entre pesquisa e clínica. Como trabalhamos no capítulo 1, a clínica como desvio e acolhimento pode ser retomada aqui para fazer aparecer o método clínico, que transborda como um fazer na pesquisa e vice-versa. Ficou muito claro, no percurso descrito acima, quando nos demos conta de que pesquisar era também acolher, colocar-se ao lado do pesquisado. A pesquisa se implica com o movimento de criação de outros mundos, outros objetos, outros modos de fazer, ao mesmo tempo que se conhece o que se faz. Há o acolhimento e o desvio, na pesquisa, e isso é clínica. Acolhemos os receios das equipes em nos receber, muitas vezes expressos em agressividades, as dobras necessárias para retomar as conversas e a produção de reposicionamentos do lado da pesquisadora e do pesquisado.

O método se faz mais uma vez como prática performativa dos atravessamentos entre o objeto, o problema, as perguntas e o modo como se constrói o conhecimento com o objeto, o problema, as perguntas.

Durante a primeira etapa de escrita desse trabalho, após mais de sete meses de trabalho junto às equipes de saúde mental, conversas com direções, equipes e usuários, grupo de orientação e Plataforma Brasil<sup>34</sup>, tivemos a autorização para entrada no campo de pesquisa. Fizemos a opção por incluir o que entendemos já como campo, o processo de ajuntamento dos documentos<sup>35</sup> necessários para

---

<sup>34</sup> Plataforma digital onde os projetos de pesquisa com seres humanos precisam ser submetidos para aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa. No caso desta pesquisa, foram 2 comitês de ética, um da Universidade e um da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

<sup>35</sup> Os documentos que os serviços deviam assinar são a Carta de anuência de cada um dos CAPS assinada pela direção e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela direção e pelo trabalhador que esteve mais próximo da pesquisa em cada CAPS..



submissão do projeto, os efeitos e o conhecimento já produzido por esses primeiros gestos, tomando-os como movimento metodológico nessa pesquisa intervenção.

Temos só então a imersão nos CAPS e a construção de uma análise a partir do cotidiano do serviço. O início dessa etapa se deu pelo CAPS Torquato Neto, principalmente pelo temor dele deixar de existir enquanto “próprio” antes do final da pesquisa. Uma premonição a ser analisada a seguir.

Falar sobre o encontro do dia 22/11/16, no CAPS Torquato Neto é falar de todo processo de pesquisa de campo construído com esse serviço.

Essa foi a reunião de equipe que dei alguns retornos sobre esse processo, esses meses de trabalho. Na reunião, como é de costume, não havia muito tempo destinado a essa conversa, o que fez com que eu apresentasse os pontos desejados, de forma mais breve. As pautas nas reuniões de equipe são sempre extensas, as queixas de falta de tempo para se falar de tudo que se deseja e de todos os casos são recorrentes. Essa era uma encomenda: uma fala ágil. Um tanto tácita e um tanto explícita, visto que vinha já participando de muitas reuniões e presenciando essas queixas. No entanto, esse era também um tema: a questão do tempo, da temporalidade, da agilidade. Ele se apresentou ao longo da minha observação participante.

Acolhi a encomenda, mas não sem falar dela. Começo dizendo que elenquei alguns pontos para dividir com a equipe, desejando que tomassem como afetações e processo de pesquisa e que gostaria que dissessem como se sentiam diante do que fosse sendo dito, que poderiam acrescentar, perguntar e levantar questões.

Sobre a questão do tempo recuperei o início da minha relação com a equipe de quinta-feira, dia destinado primeiramente à minha pesquisa. Falo da sensação de chegar e sequer ser vista pela equipe e de uma característica que percebo no CAPS, que não parece ter a ver só com a equipe de quinta: um ter que dar conta. Falo que aquele é um CAPS que dá conta, que conhece suas demandas e dá conta delas. Estou diante de uma equipe que dá conta e certamente que essa fala causa um certo alvoroço, um estranhamento ali. Falo sobre o mérito, mas começo a colocar questões sobre um ter que dar conta, que muitas vezes nos impõe um ritmo e uma maneira de trabalhar mecânica, focada em dar conta, sem saber porque. E aí entro no tema do Taylorismo, no fazer serializado, mecânico, que se torna alienado por não estar carregado de sentido ou por ir se perdendo o sentido.

Nesse momento, a diretora do CAPS começa a dizer que tem cabimento o que digo. E conta sobre uma pasta que apareceu em cima da mesa dela. Uma pasta linda, etiquetada, muito bem organizada, com um bilhete: missão dada é missão cumprida. Tratava-se da reunião de todas as prescrições medicamentosas do CAPS. E ela conta que começa a procurar quem teria feito aquele trabalho e a pedido de quem. Até esse dia não conseguira saber de que pedido se tratava. Começaram a aparecer falas sobre a pasta ali na hora. As duas técnicas do CAPS que fizeram esse trabalho estavam ali e começa-se um falatório com a intenção de desvendar o mistério. Carmem (diretora do CAPS) pontua que não se trata de, naquele momento, entender o que aconteceu, mas de dizer disso, desse dar conta. Ao fim da conversa sobre a pasta, não sabíamos quem tinha pedido e entendemos o esforço e o imenso trabalho que as colegas tiveram em preparar aquele material. Rimos um pouco da situação e seguimos a conversa.

Ponto que esse dar conta não é pessoal, não fala de ninguém e fala de todos nós, desse modo de ser e estar no mundo, atravessados por uma cultura do capital. Dar conta talvez fale de um processo nosso, da saúde mental, do que demoramos a nos dar conta, de uma dimensão quantitativa e produtivista que atravessa a atenção psicossocial, e que não fala de uma gestão, de um trabalhador, de um supervisor, mas de um processo antigo, que não nos demos conta, de adubação para as práticas privatizantes, que vêm ganhando mais espaço.

Joana, coordenadora técnica, se mostra um pouco perplexa. Sente-se muito tocada, vai se dando conta do quanto sua prática clínica é atravessada por esse dar conta e pergunta: mas como mudar isso? Essa pergunta me convoca a pensar sobre a problematização que estou produzindo ali e como lidar com a falta de respostas, com o fato de não haver caminho pronto a percorrer e consigo devolver ali um pouco disso. Disse que já estamos fazendo coisas para mudar ao colocar as práticas em análise, ao falar disso. Enfatizo a importância de termos sempre em mente que não há um lugar onde chegar, um lugar a ser atingido, mas uma análise cotidiana das práticas. Esse pensamento toca nosso modo de vida que é atravessado pelo capitalismo, para além das práticas profissionais, o desejo de dar conta, uma certa alienação no e do trabalho e esse ideal a ser atingido nos atravessa. Essa pergunta também fala disso, do quanto nos angustia não ter um lugar pré-estabelecido para se chegar, mas uma lida cotidiana que precisa se perguntar e construir junto sentidos.

Sigo falando de mais um ponto, que tem a ver com as coisas que venho estudando e que, no encontro com esse campo, pude intuir. A produção de produção e a produção de reprodução. Explico que o que venho entendendo como linhas privatizantes ou lógica privada tem a ver com os processos de produção que se retroalimentam. Na lógica capitalística, temos um modo de trabalhar que é produtor do próprio trabalho. Trabalhamos para ter mais trabalho e sempre continuar trabalhando. Assim também interferimos no desejo e nas necessidades. Produz-se desejo e necessidade acerca de um produto ou serviço que se quer oferecer, para que se continue produzindo. Essa é uma linha privada de que precisamos estar atentos, é a lógica hegemônica na qual estamos inseridos.

Venho entendendo que a lógica do serviço público, se faz diferente. Trata-se de um trabalho que suporta seu próprio fim e até o almeja para ele caminhar. Em uma situação ideal, o CAPS precisa ser prescindível aos seus usuários. Com o trabalho de território e matriciamento, nosso caminho é construir recursos no território, junto aos usuários, promovendo saúde e criando maneiras deles encontrarem os suportes necessários. Não disse ao CAPS isso, mas a radicalidade de trabalhar para o fim de um serviço, aprendi na longa permanência. Ali é explícito e urgente o fim, trabalhamos para que aqueles espaços fechem, para que aquelas pessoas saiam dali. Mas é muito impactante chegar a um serviço aberto, de passagem, nascido e construído na Reforma, vendo ali cronificação, estagnação. Não deveria o CAPS também trabalhar para seu fim? Desejar radicalmente, tal qual na longa, que seus usuários possam ganhar a cidade e construir vida fora dali? Até me pergunto se, nesse serviço ideal, há como produzir vida e ganhar a cidade e seus recursos estando num CAPS, mas a realidade que experimento é que o CAPS, por menos que deseje, aprisiona, cronifica, controla, impede aquilo que num primeiro momento estimula, promove.

Ao final, tento estimular que as pessoas falem, perguntem, questionem. Gustavo, psicólogo do CAPS, traz uma questão sobre o que estou chamando de trabalho alienado. Diz que do que ele entende, isso tem a ver com uma seriação, com não conhecer o produto final do que se faz. Explico que faço uma certa distorção do conceito, a partir do trabalho de Gastão Wagner, trazendo a questão da alienação para a separação entre gestão e execução. Não falamos daquela alienação das fábricas, mas de uma atualização do conceito, onde a separação entre gestão e execução, os que pensam e os que fazem vem se apresentando como um modo de alienar o trabalhador. Mas que isso ainda está em construção na minha tese, que venho trabalhando e desenvolvendo os conceitos ainda.

Aproveito para reafirmar o compromisso de retornar com análises mais elaboradas desse trabalho de campo, após passar pelo CAPS OS. Carmem pede para estimar um prazo para esse retorno e digo que imagino que isso ocorra no final do próximo ano (2017).

Cintia, residente do CAPS, traz uma questão sobre os vínculos de trabalho, querendo saber se vou tratar disso na tese, já que ela considera um dos temas importantes relacionados à entrada de OS na saúde mental. Fala sobre a rotatividade de equipe e fragilidade dos vínculos. Digo que ainda não sei como exatamente vou tratar desse ponto, mas que tenho entendido ser um ponto já trabalhado por outras pesquisas e que em geral, quando se fala da privatização, esse é o principal caminho seguido. Considero um ponto importante, mas nesse momento tenho entendido que o próprio campo de pesquisa tem me sinalizado um caminho diferente, que tem a ver com uma lógica de funcionamento que atinge inclusive os servidores públicos, com os quais falava ali. Carmem pergunta a Cintia se ela entendeu o que eu estava dizendo, se estava claro que as questões que eu estava trabalhando iam além desse problema. Cintia diz que sim, mas se mostra ainda preocupada com a questão dos vínculos de trabalho.

Caminhando para encerrar, pergunto se alguém mais quer falar, e Gustavo e Daniela (psicólogos da equipe) pontuam que eu disse muitas coisas, coisas novas e que não havia condições de uma elaboração ali, tão rápida. Mas que acreditavam que com o tempo muitas dessas questões retornariam. E Gustavo solicita que eu fale disso na presença da supervisora deles, que não estava nesse dia, pois ela seguiria trabalhando isso com eles certamente. Digo que sim, que achava uma ótima indicação e que procuraria a supervisora para conversar. Pergunto se ainda mantemos algum encontro ali, na reunião, ou se encerramos hoje mesmo. Fica uma dúvida e eu então proponho que sigamos a reunião daquele dia e que ao longo da reunião, se surgisse algum tema que atravessasse a questão da pesquisa poderíamos retomar e que voltaria na semana seguinte para estar ali com eles, disponível para alguma continuidade também. Além disso, informo à equipe que encerraria meu trabalho na assembleia do CAPS na quinta-feira da semana seguinte, com o passeio combinado naquele grupo, na praia do arpoador.

Saí com um misto de missão cumprida e um desejo que esse espaço fosse mais tranquilo, com mais tempo, uma conversa prolongada. Mas na elaboração desses textos, entendi que também me grudava a um ideal de encontro que não tinha nada a ver com minha própria proposta de pesquisa. Foi incrível o manejo que pude ter ali do que o campo me apresentou. Entendi que as questões foram trabalhadas e

apresentadas, incluindo os desvios e percalços, tomando-os como material que me fizeram recolocar meu problema de pesquisa e principalmente minhas hipóteses e objetivos. Escrevendo pude entender um pouco mais desse objeto-sujeito, que não estava lá estagnado esperando ser conhecido. Ele se fez no encontro comigo e eu estou me refazendo... cheia de medos, frente aos problemas que se desmontam, as desafios do tempo e da pesquisa, que agora já se encaminha para iniciar no CAPS OS, com um quantum a mais de tensão.

O *quantum* a mais de tensão acompanhou a imersão no CAPS OS. Construir um diário final, que fale desse percurso custou mais tempo, mais encontros de supervisão, mais desvios e dobras sobre mim. Não caberá aqui o relato apenas da última reunião, mas uma análise posterior e elementos do processo relatados.

Mesmo tendo já, em minha proposta metodológica, abandonado a comparação, tem sido inevitável relacionar o trabalho de pesquisa de campo em um CAPS e no outro. Tem sido muito difícil a elaboração de análise no CAPS gerido por OS. Difícil porque envolve delicadezas que passam pela proximidade e identificação com o trabalho. Também por uma frustração quando percebemos uma invasão da lógica mercantil nas relações cotidianas, e entendemos que em muitos momentos ela inviabiliza a lógica territorial, da atenção psicossocial. Esses detalhes vieram sendo desenvolvidos ao longo da tese, já que o trabalho de campo orientou toda a escrita. Não só a comparação, mas outras questões que julgamos sem pertinência no meio da pesquisa, e tentamos abandonar, foram evocadas durante o trabalho nesse CAPS.

Durante muito tempo vinha me sentindo de fora, sem conseguir ter entrada na equipe. Nomeei como um fechamento da equipe, depois pensei que eu também poderia estar fechada. O medo permeou esse trabalho e me atravessou de várias formas nesse período. Tinha mais coisa fechada: as portas! Uma estranha divisão, o espaço de convivência do CAPS ficava "fora" do CAPS. Muitas práticas punitivas, a porta do CAPS (das salas de atendimento e sala administrativa, farmácia etc.) muitas vezes era fechada aos usuários, que poderiam ficar apenas na convivência. Fui tomada de certo estranhamento, parecia manicomial. Sim, essa hipótese bem inicial, estava ali.

No espaço físico de um contêiner, compondo um complexo de saúde com UPA e clínica da família, a entrada do CAPS era a mesma da

clínica de família. Logo à direita ficava o espaço destinado à convivência do CAPS. Um corredor logo à frente tinha uma saída à direita para a clínica de família, à esquerda tinha uma porta que dava para duas salas, usadas para oficina e em frente à porta do CAPS (salas administrativas, cozinha, farmácia, acolhimento e atendimentos que não de oficinas).

Na elaboração de meu projeto de pesquisa, tinha uma hipótese de que os processos de privatização estariam associados mais à lógica manicomial, sendo forças contrárias à lógica territorial, ou da atenção psicossocial. Ao ver aquelas portas fechadas, usuários impedidos de circular pelo CAPS, essa intuição retornava.

Não me via em condições sequer de dar esse retorno ao CAPS. Como dizer isso? Eles seguem certos de fazer um ótimo trabalho territorial mas esse, pouco me chegava. Vinha me sentindo com pouca capacidade analítica sobre o trabalho de campo e o fim se aproximava e não via muito como fechar o trabalho sem entender o que de fato tinha ocorrido, a equipe pedindo pra eu dizer coisas sobre como estava sendo e eu ali, hoje avalio que perplexa. Certa de que não faria nenhum sentido dizer isso para eles nesse momento, queria extrair outras análises.

Tive participação na reunião de equipe no último mês e meio que estive no CAPS, presenciei a vinda de profissionais da superintendência de saúde mental na reunião, cobranças duras à equipe, principalmente ligadas à geração de dados e expertise para mexer no Sistema informatizado, prontuário eletrônico e prestação de contas. Passara uma tarde sendo apresentada a esse Sistema e ao prontuário eletrônico.

Num dos encontros com a equipe, tive retorno do incômodo que minha pesquisa estava gerando em algumas pessoas e a partir daí fiz uma entrevista com alguns profissionais, que pareciam querer dizer o que eu precisava ouvir daquele campo, já que não conseguiam entender o que eu queria com minha observação. Afirmavam categoricamente que não seria possível colher os dados que desejava a partir de uma observação.

Alguns encontros de supervisão/orientação e fomos construindo o sentido do campo. Fui também construindo uma pesquisadora ali. Esse lugar não estava dado, mas se fez, especialmente, com as supervisões. Foi assim que, chegando ao final de quatro meses, tentei adiar, construir um pouco mais. Fomos pegos de surpresa por um período violento demais no território, dia que não foi possível para

mim ficar no CAPS, mas que a equipe teve que ficar, apesar de seu medo. Em meio a esse momento precisei, meio que de surpresa, encerrar e dizer algumas coisas.

Quis marcar para a semana seguinte o fechamento, mas não havia conseguido falar com Julia - e precisei fazer ali uma fala de encerramento. Essa fala serve como um diário de pesquisa resumido e analítico, visto que retoma o campo. Em especial nesse CAPS, retoma um viés de análise. Mas tem outro, mencionado acima que ainda não foi possível dizer.

No dia 11.05.17, na reunião de equipe, muito trêmula, com a sensação de que podia cair em prantos ali a qualquer momento, faço uma fala sobre o período de pesquisa. Começo dizendo da parcialidade daquela devolução, visto que a pesquisa ainda está em construção e que ainda terei um tempo de análise do material de campo. Reafirmo meu compromisso de retornar com o material de campo analisado para construir uma participação do CAPS nessa análise.

Coloco para a equipe que estarei destacando ali alguns pontos importantes para meu tema, mas que não tomem essa fala como tudo o que vejo no CAPS, e sim como o recorte da pesquisa. Reforço que não estava ali para dizer do trabalho deles, emitir qualquer avaliação, mas que gostaria de falar algumas coisas à luz do tema dos processos de privatização na Saúde Mental.

Dadas as preocupações colocadas para mim por pessoas da equipe, sobre o que eu estaria observando e até perguntas como: você está gostando do nosso CAPS? Coloco então que minha observação inclui os afetos, junto com o que coloquei acima. Sempre pautada pelo objeto da minha pesquisa, estive escrevendo meus diários a partir do que me interpelava, do que me afetava, estava portanto ali falando também de mim e por isso era difícil estar ali. Falava de mim, do que se passava entre mim e o CAPS.

Exponho os primeiros estranhamentos, de estar ali há quatro meses e muitas pessoas não me conhecerem, dessa sensação de estar "de fora". Pude atribuir isso ao fato do Serviço ser vinte e quatro horas, de contar com muitos trabalhadores plantonistas, mas talvez não só.

Entro então no inevitável tema da violência. Adiará meu encerramento em função dos tiroteios e seus efeitos no serviço e nos trabalhadores, retomo então uma fala do superintendente que, ao saber do momento que o território passava, responde à pergunta dela sobre fechar ou não CAPS, com outra pergunta: a UPA fechou?

Estava na semana anterior quando a equipe ouviu esse relato da diretora e ficou perplexa. Pergunto então a eles do que uma pergunta dessas nos fala. A UPA fica ao lado do CAPS, no mesmo complexo, porém trata-se de serviço totalmente diferente. Que lógica vem sendo imposta por esse modo de gestão? Será que tal lógica faz com que o CAPS seja tomado como serviço emergencial? Como fica o trabalhador, que se entende, que sabe o que é um CAPS, frente a uma demanda dessas? Como fica o sentido do trabalho longitudinal de acompanhamento, do trabalho territorial? Coloco essas questões para pensarmos.

Por fim o tema da alienação. Venho entendendo que um novo paradigma de alienação do trabalho tem se apresentado para nós, e tenho pensado isso em especial para a Saúde Mental, que é onde me insiro. A alienação tem se feito principalmente pela separação entre atenção e gestão. As hierarquias têm estado muito marcadas bem como uma cisão entre os que pensam e os que executam. Nisso inclusive tem se baseado as justificativas de necessidade de alimentação dos sistemas informatizados de prontuários. Eles servem como instrumentos para a gestão pensar o serviço e implementar mudanças necessárias, bem como avaliar o desempenho.

A diretora do CAPS justifica a fala do superintendente, por ser uma mensagem de celular, onde não se dá o exato tom, e que ela gostaria de explicar para mim e para a equipe que ele retomou essa fala explicando que a pergunta dizia respeito a cuidar de haver justificativa para a CAP (coordenação de área programática) do fechamento do CAPS, caso tivesse ocorrido. Agradeço a fala da diretora e digo que de todo modo temos elementos outros que fundamentam essas questões, que a mensagem foi apenas pinçada, mas não necessariamente teria que ser ligada àquele fato. Essa fala da superintendência teria sido tomada como analisador.

Em seguida, a equipe retoma algumas perguntas sobre a comparação com o outro CAPS que não tem OS. Enfatizo que não mais estava trabalhando com a comparação. Também, mesmo com toda explicação surgem questões sobre o que mais eu teria a dizer sobre o trabalho do CAPS, visto que as situações de violência são desse último mês apenas e não de todo o tempo. Pontuo que não entendo assim, que a violência atravessou todo o tempo da pesquisa, chego a pegar quarenta dias consecutivos de tiroteio, apenas ele não estava ocorrendo em frente ao CAPS, como fora nos últimos dias. E que a análise primeira que apresentei partia desse tema para falar de todo o período a partir do tema da minha pesquisa, que não me sentia em



condições de dizer sobre outras questões do serviço por hora. Parece que a violência e o regime de urgência foram temas que atravessaram os quatro meses ali naquele espaço tempo. Sentia-me, via de regra, de fora.

Fica claro nesse segundo diário que a possibilidade de análise dessa imersão estava ainda comprometida. Relendo, percebo-me em tom acusatório com o serviço, sem manejo clínico. Nos meses subsequentes, na tentativa de escrita, a dificuldade permanecia. Foi em mais um trabalho de supervisão desse campo, que pudemos retomar o percurso colocado no início deste capítulo: o método de pesquisa é clínico. Precisava me colocar em posição de escuta e cuidado com as pessoas com quem eu ali conversava e com o próprio percurso de escrita e elaboração da tese.

Se nos propusemos a pensar os efeitos dos processos de privatização na clínica, não realizamos essa tarefa sem experimentarmos na dimensão clínica da pesquisa uma dificuldade. Eu também ali àquele lugar, tomada pela urgência de dar um retorno àquela equipe, atravessada pelas mesmas questões que eles, não pude ser clínica. Não seria naquele momento que poderia realizar a análise necessária. Havia ainda escutas e elaborações e o respeito ao tempo clínico. Não pude construir um plano comum com aquela equipe, pois a clínica de saúde pública se fazia ali de uma maneira comprometida pela lógica da privatização.

Construí então a segunda devolutiva. Tratava-se de uma restituição do processo de pesquisa com análise do campo. Ela deveria estar em outra temporalidade, contar com essas análises, mas também com um *ethos* da construção de um comum. A pesquisa-intervenção clínica deveria retornar e dizer em tempo próprio o que se passou naquele lugar. Não o que se passou no CAPS com as avaliações feitas ali, mas colocando em análise este processo em que a pesquisadora esteve também tomada pelas práticas privatizadas do tempo, da urgência, das individualizações que impediram a construção do comum e por consequência a possibilidade do exercício da publicização da clínica no serviço de saúde.

Para começar, cometi um ato falho percebido só a posteriori. Deveria ter indagado se o CAPS queria ser identificado nominalmente na tese, mas não o fiz. Esqueci. Um lapso. Qual o sentido desse lapso? Ele gera um anonimato, o que é, repito, a premonição autorrealizada. Eu “protejo” o serviço porque de alguma maneira já o identificava como o concentrado do processo de privatização. A escolha pelo campo que se faria comparativo, inevitavelmente, foi infeliz. Embora tenha tentado me

desvencilhar da comparação, os dois CAPS onde o campo se fez, de algum modo me obrigavam a comparar. Uma comparação emergia, necessariamente, frente ao concentrado de privatização. O que, por um lado, confirmava a tese, por outro, submetia a pesquisa excessivamente a esse problema, sem poder fazer aparecer esse outro plano de privatização, o qual indica a OS como efeito e não como causa. O CAPS próprio, por sua vez, pode escolher, o lapso não se repetiria na restituição final do CAPS Torquato Neto.

Segue o diário da restituição no CAPS OS.

Diário de Campo 05/04/18

Restituição final do trabalho de campo no CAPS OS

Antes de começar a apresentação sou abordada por uma trabalhadora que diz: olha, você voltou! Nossa, como as coisas mudaram desde que você passou por aqui, a gente te dizia que não fazia diferença ser OS ou não, que isso não impactava nosso trabalho. Veja agora o que está acontecendo. Eu digo: pois é. Vamos conversar sobre isso.

Começo apresentando uma análise conjuntural, dizendo sobre minha consternação com o momento atual. Falo do momento na prefeitura do Rio de Janeiro, onde se escancara a fragilidade que o modelo atual traz para a política de saúde. Há nesse momento muitos atrasos de salário e muitas faltas na rede seja de pessoal seja de insumos, materiais diversos e medicação. Não sinto ressonância em minha fala de consternação e luto frente ao cenário municipal e federal. Este último se apresenta com posicionamentos que redirecionam os princípios da saúde mental pública no país. Apresento a mensagem do coordenador nacional de saúde mental, leio com eles a fala:

Mensagem do Quirino sobre hoje... (14/12/17):

**ACABOU!!!!!!**

Após quase 30 anos de uma política pública de saúde mental no Governo Federal, que desfocou o atendimento e gerou a desassistência na área da saúde mental, tivemos hoje uma decisão maiúscula, na CIT.

Após meses de reuniões, ampla discussão, um trabalho hercúleo, foi aprovado hoje, sem intercorrências, as novas Diretrizes para as

políticas públicas de saúde mental no Brasil. Nela inclui tudo que sempre lutamos e mais itens para beneficiar nossos pacientes, vários, onde se inclui na RAPS: Ambulatório especializado com a presença do Psiquiatra, CAPS IV para áreas de cracolândia com equipe multiprofissional e psiquiatra 24h, enfermarias de psiquiatria nos Hospitais Gerais com equipe multiprofissional e presença obrigatória do Psiquiatra, Hospital especializado em psiquiatria, com leitos qualificados, política continuada de proteção e atendimento no sistema extra-hospitalar para os pacientes crônicos, não podendo existir mais moradores de hospitais, devendo ocorrer a substituição de pacientes moradores por pacientes com quadros clínicos agudizados, comunidade terapêutica médica e não médica etc. Inicia as políticas de prevenção ao suicídio com a presença dos estados e municípios nas atividades do Setembro amarelo e parcerias múltiplas. Vencemos uma batalha, mas teremos muitas pela frente para a implantação de todo o sistema e precisamos contar com a presença de todos. Agradecemos a todos pela ajuda continuada nesta luta. Abraço. Antonio Geraldo e Quirino Cordeiro.

Em seguida, falo de estarmos juntos numa luta e num luto. Que vamos entendendo que as questões da privatização, *stricto sensu*, já foi, necessitamos agora entrar na disputa pelos princípios da saúde mental. Sigo não sentindo ressonância. Não vejo cabeças balançando, só vejo silêncio e talvez apatia. O que me espanta, visto que para além da saúde mental o encontro seguia-se à negação do Habeas Corpus do ex-presidente Lula e há 22 dias do assassinato da vereadora do Rio, Marielle Franco.<sup>36</sup>

Trago perguntas sobre o modo como estão entendendo a pesquisa e como se relaciona a análise de contexto que acabei de apresentar com o tema da pesquisa. Primeiro, um silêncio, depois a mesma

---

<sup>36</sup> O ex-presidente Lula, além de grande líder popular no Brasil, teve importante papel no enfrentamento às desigualdades sociais. Considerando que vivemos um golpe desde 2016, quando a presidenta Dilma Roussef foi retirada do cargo, a premente prisão de Lula, sem provas, performatiza maior perda da democracia. Considerando que o projeto do SUS e da Reforma Psiquiátrica versa sobre um ideal de sociedade mais justa e igualitária, temos nesse ato também ataque direto aos ideais pelos quais trabalhamos e retrocessos em nossas lutas.

A vereadora Marielle Franco representava no rio de Janeiro grande luta pelos direitos humanos. Tinha ampla conversa com a saúde, a partir do entendimento desse ideal de sociedade carregado pelo projeto do SUS. Ela visitara o CAPS em questão durante sua campanha e tivera ali grande apoio político.

trabalhadora que falara comigo antes de começar diz: eu não estava esperando que trouxesse perguntas, mas que trouxesse a conclusão do seu trabalho para nos apresentar. Fico perplexa com a fala, que tem acordo geral. Digo então, tomada de imenso mal-estar, que minha ideia era partir de pontos que fizessem sentido para eles na conversa, mas que então eu poderia seguir falando um pouco mais para tentarmos fazer uma troca. Que o modo como pesquiso tem mais interesse nos processos, em como as coisas se dão do que em conclusões, então queria dizer ali desse processo e da construção das coisas que pude pensar sobre os processos de privatização na saúde mental do Rio de Janeiro.

Entendo que quando não respondem às perguntas, eles não querem dar material para a pesquisa. Não queriam responder. Responder era viabilizar a intervenção, era dar material para pesquisa. E eles não queriam isso. Durante toda a pesquisa o que vi e vivi foi uma recusa à discussão do tema.

Minha posição foi pegar os pontos de acordo e partir dali para ir dando devolutivas. Mas me senti desonesta em alguns pontos porque não pude dizer todas as minhas reais análises e era o que eles estavam pedindo. Começo falando então da relação com o tempo e com a aceleração cotidiana, que automatiza o processo de trabalho diante das muitas demandas. A relação com essa aceleração e com a necessidade de responder às demandas pode ser uma prática privatizante, que retira as possibilidades de reflexão no trabalho. Sigo falando sobre a questão da finitude. Como o modo de vida capitalístico produz uma infinitização das coisas. É necessário sempre produzir a própria necessidade do que se produz. Assim, o efeito disso no nosso trabalho seria pensar como estão os processos de finitude no CAPS. Compartilho minha experiência com a longa e como fica claro ali o trabalho para o fim do trabalho. Torno a perguntar então aos trabalhadores como viam isso ali, entendendo que 80% das demandas da rede devem se dissolver na atenção básica, e que nossa utopia é que promovamos recurso territoriais para cuidado em saúde, que as pessoas possam prescindir dos serviços especializados. Pergunto como têm pensado as altas por exemplo no CAPS.

Dessa vez todos se movimentaram. Um psiquiatra pergunta, como assim trabalhar para o fim do trabalho? Que ele entende isso na relação com a longa, mas ali? Diz que não atende seus pacientes pensando no fim do tratamento, além disso entende que realmente alguns nunca poderão deixar de estar ali devido ao comprometimento grave. Digo que entendo a questão, que é importante pensarmos que

trabalhar para o fim do trabalho não é para o fim do CAPS, mas para o aumento dos graus de autonomia em cada caso e que se abra então para novos casos. Uma certa circulação, que não deixa o CAPS como um fim, uma linha de chegada, mas uma passagem.

Outras pessoas começam a falar. Uma diz que entende que o CAPS costuma ser muito mais irresponsável do que responsável ao dar altas, que os casos que atendem são muito graves e que necessitam sempre de apoio. Dar alta a essas pessoas com tamanho comprometimento seria uma irresponsabilidade em geral. Diz que tem muita dificuldade e preocupação de falar em alta em CAPS. Comento que a discussão vai no sentido da responsabilidade, de pensar a promoção de saúde dos indivíduos e altas que sejam efetivas para quem possa lançar mão de fato dos recursos promovidos. Altas efetivas mas não definitivas. Certamente se algum adoecimento mais grave voltar a acometer um usuário que teve alta poderá voltar e reconstruir junto um caminho.

A supervisora então faz uma fala dizendo que não respondeu minhas perguntas iniciais até porque não entendeu de fato minha pesquisa. Que falo em processos de privatização, mas que isso seria muito amplo. O que dentro disso eu estaria pesquisando? Segue dizendo que é importante ressaltar que o território onde atuam é um território muito violento e pobre e que pensar as altas ali envolvia "devolver" o usuário para uma situação de muita vulnerabilidade. A discussão torna-se ainda mais difícil nesse contexto. Agradeço a fala dela e digo que gostaria de pegar alguns pontos que ela trouxe para conversar, que eram coisas que tinha pensado em trazer.

Falo sobre a questão da violência, que entendo que o projeto do SUS é um projeto de sociedade e não apenas um projeto de saúde. Logo, para o SUS se efetivar, se encontra com várias questões sociais. O tema da violência no contexto do Rio de Janeiro é muito forte, tanto que produz loucura, um tipo de loucura que talvez só vejamos por aqui, muito contextualizada. Além disso, a questão da pobreza, que não está separada da questão da violência, nos leva muitas vezes a prestar assistência aos usuários na medida de necessidades básicas, que a rigor nem estariam em nossa alçada, mas aqui, em nosso contexto tudo isso se mistura. Embora reconheça todas as barreiras ali, meu convite é a uma certa abstração, que possamos ao menos pensar em termos ideais a direção do nosso trabalho, em que sentido estamos caminhando, para tornar algo possível.

A coordenadora toma a palavra e faz uma fala que depois vou entendendo como muito violenta. Começa a dizer que "a Williana

chegou aqui com uma proposta e depois mudou". Sentada ao meu lado, diz que começo a pesquisa mais voltada à convivência com usuários e chego a participar da oficina de música com ela. Mas que depois fui mais para a conversa com os trabalhadores. E o que ela tem a dizer é que "graças a Deus que existe OS". Que ela trabalha como terceirizada desde o período do Instituto Franco Basaglia e que se não fossem esses movimentos de terceirização e OS, a Reforma não teria expandido tanto no Brasil. Conta que quando aquele CAPS começou, eles eram vistos como uma peste na Rede, onde chegavam ninguém queria falar direito com eles, diziam: lá vem os OS. E que graças a Deus eles puderam deixar isso entrar por um ouvido e sair pelo outro e que hoje são reconhecidos pelo trabalho que fazem e ninguém mais fala disso, não importa a forma. Eu fico perplexa, mas também entendo que não tenho de responder a essa fala.

Depois disso a diretora toma a fala e diz que não pensa o CAPS como um fim, mas sim como um começo. Na comparação com a longa mais diretamente então entende que estar em um Serviço territorial é o começo de uma nova etapa. Fala também sobre a dureza do "lançar de dados em sistema". Conta que a coordenação nacional de saúde mental tem mandado fechar CAPS que não informam produção. E que isso é muito duro se pensarmos em pequenos municípios que não tem conseguido acompanhar o formato dos Sistemas de Informação. Concordo com ela e retomo que isso, como disse no início, entendo que está dado, muito lamentavelmente. Privatizado, terceirizado, accountability, provavelmente não retrocede mais. Mas coloco uma questão: porque não podemos pensar os efeitos disso? Porque quando falamos desse tema, ficamos na defesa e não discutimos os efeitos? Porque é tão difícil discutir esses efeitos?

Após essa fala, agradeço a participação de todos, não só naquele momento como em todo o processo da pesquisa, pergunto se querem comentar algo mais ou perguntar, ninguém mais fala e digo então que enviarei uma cópia da tese ao CAPS, bem como um convite para a defesa.

Depois fiquei pensando em muitas questões. Com o que me encontrei? Uma necessidade de defender o trabalho, o modo como se trabalha, a partir da contratação por OS. A fala da coordenadora, do psiquiatra e da TO, que falou sobre altas irresponsáveis, todas defendiam o modo como trabalhavam, se esquivando da questão da alta clínica e autonomia. O problema da finitude não parece fazer sentido para o grupo que se sente atacado pela discussão. Naquele momento, esse me pareceu ser um dos efeitos da privatização: as discussões são pessoalizadas. O tempo todo eu dizia que não se

tratava de uma acusação pessoal, mas a conversa voltava para ali. A supervisora pareceu entender, embora ainda bem incomodada. A escolha metodológica pela comparação entre dois serviços confirmava seu equívoco, pois um antagonismo se produziu gerando uma barreira entre a pesquisa e o serviço que concentrava a privatização. A pesquisa estava às voltas com os efeitos de sua intervenção, efeitos não previstos mas que se revelaram como expressão inevitável das escolhas que o projeto de investigação havia feito. Sim, a comparação havia sido um equívoco.

Fiquei pensando também no formato da sala, o que se articula com a disposição física do CAPS, que já trouxe em outro diário. Não tem roda, não há como fazer roda para a reunião de equipe. O espaço é pequeno e as pessoas ficam sentadas umas atrás das outras, umas na lateral e uma fila de cadeiras de frente, onde sentei e em geral sentam a diretora, a coordenadora e a supervisora. Não havia roda também para nossa conversa. Cheguei a pensar antes em propor sair com um grupo menor para a conversa, acho que seria mais possível rolar alguma conversa melhor. No entanto não coube a proposta, em quase todos os momentos me sentia descabida. Todos se mostraram interessados e aquilo já era pauta da reunião de equipe. Mas não funcionou. Preciso colocar os vetores que fizeram não funcionar. Saindo da personalização, seja em mim, seja neles, mas voltando os olhos ao processo e ao objeto.

Entendo que a questão da finitude precisa ser melhor explicada com relação à clínica. O que é isso? É preciso fazer um trabalho de exposição da clínica e da problemática desse tema. Ficou claro que não é óbvio. Talvez tivesse que ter sido mais demorada na exposição, não ir direto ao ponto. Mas também não foi possível para mim.

Saio mais uma vez com a sensação de frustração, mas ao mesmo tempo pensando o que poderia ter sido diferente. Pensando que esse tipo de trabalho, tão duro, precisa ser feito em grupo ou pelo menos em dupla. Quais os efeitos de ir fazer uma intervenção ou inserir um tema que não se pediu? Como me fazer entender? Até que ponto não expliquei, não fui clara e até que ponto não se podia ouvir? Quanto ao problema da finitude, entendo que precisava ter feito um trabalho teórico diferente para falar daquilo ali, porque não fez sentido, o que na roda de orientação parecia óbvio, até a alta se questionou.

Ao mesmo tempo fica claro que todos os princípios são jogados no lixo, que num contexto privatista não se dialoga com utopia e sim com prática concreta. O que fazer diante da expectativa de um grupo? Como manejar? A minha sensação ao sair de lá era a de que as

peessoas ficaram pensando e comentando que eu teria feito uma pesquisa mas não tendo nada a dizer de conclusão. Não consegui inverter isso, embora tenha dito no início que entendia que comumente se vê pesquisas mais objetivas, pesquisas que chegam com perguntas e saem com respostas, mas que minha pesquisa se propunha a algo diferente, a disparar pensamentos, construir junto conhecimento. E fico interpelada pela sensação do "e se?" E se tivesse dito assim? E se tivesse começado de outro jeito? E se tivesse conseguido explicar melhor? A fala da supervisora no início era que não tinha entendido do que se tratava a pesquisa. A coordenadora ficou me dizendo que entrei com uma proposta e depois mudei. Fico com esse misto de sensação. Será que pude me fazer entender?

Ainda, saindo, a diretora vem conversar comigo do lado de fora sobre minha demissão e sobre o momento que vivemos. Fala sobre a demissão que ocorreu na semana anterior de um psiquiatra da rede também envolvido no movimento dos trabalhadores e me pergunta quem está fazendo isso. De onde vem isso? Conversamos um pouco, falo sobre o TCLE e me despeço. Ainda saindo sou interpelada por uma residente, que diz que achou muito interessante e importante a pesquisa, que queria saber minhas referências bibliográficas e saber mais da pesquisa. Me dá o e-mail dela e fico de enviar um material.

Isso também me faz pensar depois. Porque sempre por fora? Fora da sala, depois da apresentação. Porque aquela trabalhadora não falou lá em público o que ela me disse antes, sobre a mudança de pensamento dela da época que eu comecei a pesquisa para agora? Porque essa residente não falou na reunião? Há coisas barradas ali. Como e por quê? Certamente que temos pistas em coisas que escrevi e questionei acima, mas de todo modo, entendo que ficam em aberto essas questões por terem muitos sentidos.

Fico por algum tempo pensando no que senti quando saí dali. Se por um lado triste e frustrada, porque as intervenções não ganhavam eco, por outro podendo encontrar elementos muito pertinentes para análise. Daí pude entender esse concentrado de privatização. Só nesse final pude reconhecer a escolha equivocada do campo e muitas análises mais conclusivas que trouxe ao longo da tese. Só após esse último encontro tive a coragem para expor tudo que expus nessas linhas, esses diários que expõem práticas e pessoas, que mesmo não identificadas considero expostas. Exposição minha mesmo, que vinha sendo construída e se fez clara após



esse encontro. Em contraposição, na restituição final, também com o propósito de análise conjunta, no CAPS Torquato Neto, tivemos a experiência seguinte:

Diário de Campo

10/04/18

Restituição final Caps Torquato Neto

Início a conversa falando da gratidão de estar ali, onde me sinto acolhida, não pessoalmente, mas com minha pesquisa, com minhas questões de pesquisa. Um lugar onde reconheço o interesse por esse debate.

Digo que pensei em apresentar uma análise do momento atual. Começo a falar das diferenças de quando comecei a pesquisa no Torquato Neto e o momento que vivemos hoje. Lembro que propus o cronograma que começava a pesquisa pelo Torquato porque não sabia se ao final de minha pesquisa haveria ainda CAPS próprio no município. Dissemos que ainda veremos até agosto. Mas falo que por mais que víssemos as coisas caminharem a galope, nos impacta o cenário atual. E é com pesar e consternação que compartilho com eles um luto pelo momento. Proponho então que a equipe comece a falar sobre como se sentem nesse momento, sobre a temática da pesquisa, que relações fazem e o que mais queiram falar, porque pensei em partir do que faz sentido ali para eles, tomar como ponto da conversa o que também lhes interessasse puxar. Carla começa a falar sobre a dor e os adoecimentos que tomam a equipe. Diz que hoje mesmo em reunião falavam sobre a questão dos funcionários da limpeza, terceirizados e de como vivem essa crise com esses colegas. Diz que a equipe passou por momentos muito difíceis, entre si, que inclusive gerou brigas, desentendimentos internos, pessoais, tamanho o lastro do nefasto desmonte e estrangulamento que a rede vive. Que sem se dar conta acabam deslocando uns para os outros essa dor e causando desentendimentos. Achei essa fala muito importante. Entendo que de fato, num projeto de esfacelamento do público o desmonte também se faça e talvez principalmente pelas pessoalizações, não coletivizações, ou, na linguagem que já estamos usando na tese, despolitização das questões. Carmem fala das dificuldades de saber que não há projeto ou previsão para recomposição da equipe, já declarado. Lembra que o que ficou mais marcante do momento anterior da pesquisa, na última conversa que tivemos, foi a questão da produção de produção e produção de reprodução, isso vinculado à relação daquela equipe com o tempo e com muitos afazeres, com a ideia de dar conta e a partir disso entrar em automatismos. Tomo a palavra depois de deixar circular um pouco

e ouvir uma abertura imensa da equipe e um desejo de intervenção, de alento e força para seguir, produzindo unidade, comum(unidade). Sigo fazendo como eles a análise da conjuntura. Leio o texto do Quirino e enfatizo que entendo que o momento de nossa luta hoje diz respeito mais aos princípios. Estamos sendo atacados - "estamos" aqui diz respeito aos trabalhadores do SUS, aos que acreditam nessa direção política - nos princípios, nas bases. Carmem confirma que sente que estamos ficando sem base. Creuza interrompe, pede desculpas porque tinha se atrasado e não pegara o início da fala (é uma médica da equipe que acompanhou a pesquisa desde quando eu estive lá na rotina com eles. Era uma das profissionais presente nos turnos que eu estava lá) e me diz que achou que eu tinha ido lá para dar uma devolutiva sobre a pesquisa, e ela não estava entendendo porque eu estava falando daquilo. Eu digo que sim, era uma devolutiva da pesquisa, e que eu estava relacionando essas questões à pesquisa. Digo que não queria fazer ali uma aula de Capitalismo Mundial Integrado, ou explicar teorias com muita abstração, mas fazer relação da temática da privatização com nossas prática cotidianas, pensar ali com eles onde podemos ver isso. Creuza ainda insiste em pontuar que esse texto do Quirino não lhe diz muita coisa, que muito se fala em desmonte, mas que ela não vê nada se montar. Que se ao menos isso, como ele coloca no texto, se efetivasse, seria muito bom. A equipe reage, diz que não vê assim, Carmem fala da perda das bases. Eu pontuo que vejo sim retrocessos, que entendo que o SUS nunca se concretizou ou se efetivou, nem a Reforma Psiquiátrica, mas que caminhamos muito e vejo sim que hoje há retrocessos no que havíamos caminhado, vide congelamento dos gastos, vide política de Álcool e Outras Drogas com Comunidade Terapêutica na RAPS e agora com a retomada dos hospitais psiquiátricos, que estão sendo legitimados enquanto necessários e locais de tratamento especializado. Creuza fala da realidade da Austrália, onde ela estudou e trabalhou, e não se tem esse entendimento de que o Estado tenha que prover tudo e ainda assim as coisas funcionam. Falo sobre a realidade social e sobre o SUS e a Reforma Psiquiátrica enquanto uma política que discute um modelo societário, modos de viver juntos, de tolerância às diferenças, uma utopia de um mundo melhor. Isso é um enfrentamento à nossa realidade. Ela entende e concorda. Fica um clima de consternação, eu sem saber o que fazer, não querendo também deixar aquele vácuo e desesperança, até porque não é assim que me sinto. Embora sinta um momento de muita dureza, me encho de força ao pensar a direção da luta, com a leis e letras políticas a nosso favor, ou não. Um residente toma a palavra e enuncia o climão. Diz que é sempre assim. Quando tocamos nessa temática o clima é esse, mas que ele entende que há o que fazer sim.

A palavra circula um pouco mais e sigo contando um pouco mais do caminho da pesquisa.

Além do que lembrou Carmem, sobre a produção de produção e produção de reprodução, do trabalho que apenas produz mais trabalho ou apenas se reproduz, inscritos no circuito infinito do capital, pensei que precisamos incluir na clínica o tema da finitude. Conto meu percurso na saúde mental, pela longa, onde é muito clara a finitude, ali é dito e declarado que trabalhamos para o fim do nosso trabalho. Mas como isso fica no CAPS? Como quase todo o tempo da conversa, sinto as cabeças balançarem, sinto a equipe comigo, ouvindo e entendendo e implicada com as questões colocadas. Perguntam como é isso, da finitude. Falo da alta como direção. Pensando na nossa utopia, que entende que 80 a 90% das demandas podem ser resolvidas via Estratégia de Saúde da Família, ou na Atenção Básica. Nosso entendimento, enquanto serviço de média complexidade é que sejamos passagem, que integrados ao Sistema possamos produzir recursos no território, para que esse usuário se cuide ali. Digo que esse precisa ser o sentido do trabalho. Sentido enquanto sentir, como nos sentimos, e sentido enquanto direção. Pietra se sente impactada (assistente social da equipe que também esteve comigo no período de pesquisa, inclusive nas assembleias, que em geral eram conduzidas por ela. Diz que achou muito interessante a observação, que realmente não trabalhamos nesse sentido, mas que precisamos trabalhar. Diz que se interessa em pensar dispositivos que possam nos ajudar nessa direção. Creuza diz que concorda, que sempre fala isso, há muitos anos no CAPS. Brinca que vai jogar seu cabelo de lado, dar umas ajeitadinha pra ver se é escutada. Repete isso algumas vezes. Pietra repete que achou isso muito interessante e pede que eu fale mais sobre. Deixo a palavra circular, muitas pessoas falam de como isso faz sentido. Falo da clínica e das noções trazidas por Guattari de grupo sujeito e grupo sujeitado, o primeiro não comporta sua finitude, o segundo sim. E nessa direção penso que enquanto dispositivo, serviço de saúde, precisamos nos pensar também como sujeitos, saindo do circuito infinito imposto pelo capital, o que conversa com a noção de produção de reprodução. A reprodução trata desse tema, do que fica automaticamente se reproduzindo e perde o sentido. Novamente, a dupla acepção da palavra: sentido de como se percebe algo, as sensações, a compreensão que se tem de algo e sentido tal como de uma placa que aponta a direção.

Caminho para encerrar, e pergunto se alguém gostaria de dizer algo mais, colocar alguma questão. Digo que enviarei o convite da defesa e uma cópia da tese ao CAPS e que era muito bom que dessa vez a

supervisora tenha podido estar presente. Já havíamos conversado sobre a última devolutiva, mas que estar ali era diferente e importante. Marta, supervisora do CAPS, pergunta sobre a minha aposta clínica. Disse que ouviu que eu conto com a supervisão para os desdobramentos e queria então que eu falasse um pouco mais sobre essa clínica. Se falo em sentido, direção, é porque há uma aposta, que aposta é essa? Achei uma ótima deixa.

Começo então a falar sobre a clínica que é política, que a aposta começa por essa inseparabilidade. Se falamos em interferir nos modos de viver, em mudanças, falamos em política, em alterar relações e modos como estamos na cidade. Sigo aprofundando na política de saúde como algo que toca um ideal de sociedade, o que nos traz necessariamente para o campo político. Acredita em um mundo melhor. Minha ideia na tese é expor as engrenagens que fazem funcionar esse sistema do capital. Invisto, mas não tenho modelo. A aposta é a de que olhando o funcionamento podemos nele intervir, interferir. Aposta nos processos, que os modos de fazer são mais importantes do que um ponto a se chegar. Os dispositivos inventados estão sempre fadados a caducar, mas sabemos ativar nossos processos criativos. Olhando para o modo como criamos dispositivos, temos mais chances. Então a tese conta como a tese se fez, exatamente porque está interessada nos processos. Ao contar o processo de pesquisa, a relação da pesquisadora e da pesquisa com o objeto, estamos contando do próprio objeto da pesquisa.

Claramente aqui uma roda aconteceu. Os sentidos da pesquisa circularam, as análises ganharam eco e força. Muitas foram as contribuições. Sem dúvida que o sentimento ao sair dessa conversa foi de êxito, de grande satisfação, um processo nada fácil, mas muito fértil. Muitos afetos alegres e construção de parceria. Sentia que se produzia, na roda da devolutiva, uma consciência de todas as partes da emergência de um conhecimento.

A comparação novamente enviesava a pesquisa que contrastava os dois serviços gerando sentidos opostos para eles. O esforço da análise era, portanto, o de não se deixar levar por esses efeitos da comparação, entendendo que entre os serviços se fazia um contraste num eixo lateral traçado entre eles (CAPS próprio X CAPS OS), enquanto num eixo vertical, perpendicular ao outro, dois planos da privatização estavam presentes: o da privatização da gestão e o plano mais amplo da privatização das práticas de saúde. Para além da comparação, esses dois planos

coexistem nos diferentes serviços, mostrando a complexidade das mudanças que se dão no sistema público de saúde frente à voracidade do capitalismo contemporâneo.

### 3.2 A clínica como método de resistência

Diante de erros e acertos, de relatos alegres, outros tensos e tristes, cabe a nós então pensarmos modos de resistir ao produtivismo ao qual sucumbimos em nossas vidas e em nossos trabalhos. Se é Saúde Mental nosso grande tema, temos aí a figura do esquizofrênico trazida por Deleuze e Guattari (2010, p.11-20) como a antiprodução, o limite do capitalismo. O esquizo se define, segundo esses autores, por certa disfunção potente, uma criação que equivoca as funções de organização da sociedade. Não há código que dê conta do campo social em constante modulação gerada pelo capitalismo. Nesse modo de produção que se quer reproduzir infinitamente, o código é substituído pelo axioma da equivalência universal, o capital. Tendendo ao limiar de descodificação, sempre alterando suas próprias regras, pretendendo mimetizar a dinâmica autônoma da vida – o sentido de biopolítica<sup>37</sup> que Foucault dá ao poder no contemporâneo –, o capitalismo se mantém no limite entre produção e antiprodução, para reproduzir-se continuamente. O esquizo é o limite do capitalismo pela sua afinidade a essa experiência limiar, que é própria ao sistema do capital. Naquela conjuntura também, no limite entre produção e antiprodução, o esquizo cria e foge da reprodução do modo de produção, elevando então a potência do existir. A lógica esquizo seria um enfrentamento à lógica do capital, que recria tudo, se apropria de tudo e, imediatamente após se apropriar, atribui uma função. Absorve suas próprias contestações porque descodifica, eliminando barreiras, mas alarga seus próprios limites reabsorvendo-os. “O que descodifica com uma das mãos axiomatiza com a outra” (idem, 2010, p.326). Ao passo que o esquizo, por não criar axiomas, inclui as diferenças sem homogeneizá-las, mantém os diferentes, as diferenças.

O autores constroem sua filosofia da imanência desconstruindo a ideia de interior e exterior e trazendo o paradigma da esquizofrenia como equivocação de uma verdade única, colocando o delírio no social bem como todos os demais discursos. Criticam a lógica da representação e propõem a produção. Tudo é máquina, portanto, tudo é produção. A produção não está separada do consumo e da distribuição segundo Deleuze e Guattari (2010), para os quais, tudo é produção. Na medida em

---

<sup>37</sup> Foucault (1978) toma biopolítica como práticas de poder que nos séculos XIX e XX assumem novas formas e têm relação com a população, são práticas de poder sobre os modos de viver, tais como: a sexualidade, alimentação, saúde. Esse modos passam a ser normatizados por essa política de controle sobre a vida.

que o consumo e a distribuição retroalimentam a o processo de produzir, tornam-se também produção, determinam o ato em seu próprio seio: o homem não se separa da natureza e a natureza não se separa da indústria, tudo é produção. Quem consome determinado produto também é seu produtor. Como demonstramos anteriormente, o capitalismo gera um produto e sua necessidade, num contínuo de reprodução, logo, a carência e o consumo são eles mesmos produtores daquele resultado. Assim como quem distribui ou vende está no mesmo circuito, produção de produção. Falar de processo é falar de produção, nesse sentido, porque inserimos o primeiro na segunda, tornando tudo produção.

Está posta, por conseguinte, a forte crítica à representação e apresentada a ideia de máquina, de funcionamento, de produção (consumo, distribuição e produção). Isso se encaixa com o modelo esquizofrênico, que não axiomatiza, conectando tudo com tudo, explicitando o funcionamento maquínico. No modelo produtivista ou de produção capitalística, tudo precisa se equivaler pelo capital. Logo, a produção tem um sentido. Para o esquizofrênico, a produção não se define por um sentido, tudo se conecta com tudo a partir das disjunções, ou seja, sem axioma, sem finalidade. Não há enquadramento para a produção esquizofrênica, sem pormenores, não produzem por dinheiro, não são corpos dóceis.

O processo de produção não deve tender ao infinito, mas à efetuação que, no entanto, não é o alcance de uma meta, mas um corte no processo, impedindo a tendência ao infinito. A clínica da psicose traz para nós um modelo<sup>38</sup> de resistência considerando que o esquizo desliza no plano do *sócius* de forma heterogênea, causando crises de superprodução na ordem capitalista. Tudo conecta com tudo, sem homogeneizar, sem que essa conexão se dê pela criação de um sentido único, no caso, a equivalência universal do capital. O capital cria um plano de deslizamento, uma equiparação generalizada, um “qualquer coisa pode equivaler a qualquer coisa”, sendo que de forma homogeneizante. É o uniforme cujo sentido econômico traduz a anexação de tudo e todos proposta pelo capitalismo (Julien, 2009). O esquizo, por sua vez, traz conexões completamente diferentes, relaciona desiguais, delira. A clínica da psicose opera uma pedagogia sobre nosso funcionamento neurótico capitalista. A esquizofrenia seria a descodificação sem limite exterior do próprio capitalismo.

---

<sup>38</sup> Com todo cuidado em usar a palavra modelo, insisto com ela, aproveitando a linguagem de Deleuze e Guattari, para contrapor o modelo esquizo ao modelo neurótico como partida para a clínica.

Nesse sentido, precisamos operar com apostas na autonomia. Retomando a discussão anterior sobre a finitude, reiteramos a aposta na alta como aut(a)o(nomia). Regularmente, vemos no campo da Saúde Mental a perda da saúde ligada à perda de cidadania, de direitos, de autonomia. Em nenhum outro tipo de adoecimento temos essa ligação tão direta. Por isso, nossa luta na saúde mental se faz pela cidadania, pela finitude incluída no tratamento como busca radical de autonomia. Alta aqui significa autonomia.

No trabalho de campo, pudemos observar o caso de Wood, um usuário grave do CAPS Torquato Neto que mantinha uma discussão política intensa nos espaços do CAPS. Sempre que convidado a compor nos discursos de atos antimanicomiais, manifestações contra atrasos salariais e falta de investimento em saúde, ele se recusava. A equipe pôde construir com ele um respeito a essa decisão, sem patologizar ou fazer sobre ele um clássico discurso de que “fora do equipamento ele não sustenta”. A recusa era entendida como escolha de Wood pelo local de militância e discurso. Além dele, conhecemos Milton, paciente muito grave, com grande desorganização psíquica, muitas falas desconexas, mas a equipe apostava no seu ir e vir, de transporte público e sozinho para o CAPS e demais saídas da sua vida, apoiando e acompanhando sempre. Vemos nesses pequenos gestos, produção de autonomia, a alta para o viver. O que permitirá que um dia o usuário saia do serviço e não necessariamente tenha uma saída definitiva é a aut(a)o(nomia). Investimos na retomada de cidadania estranhamente perdida pela associação entre doença mental, transtorno mental grave e perda de direitos. O sentido de autonomia podemos buscar na origem grega da formação da palavra, *autos* quer dizer si mesmo e *nomos* quer dizer normas, leis, convenções, tendo assim autonomia como a elaboração própria das normas, das convenções, podendo se entender como escolha da moral ou da ética, escolha própria. Entendemos a autonomia como uma ampliação do campo de possibilidades e escolhas por consequência. Não se trata de independência, mas de poder fazer escolhas, de circular e de ocupar a cidade.

E referenciamos clínica da psicose atestando, como desde o início do texto, sua inseparabilidade com a política e, conseqüentemente da discussão da cidadania, de direitos bem como do “modelo” esquizofrênico, que é esse que borra as fronteiras entre os domínios das disciplinas. Não somos adeptos da ideia de que essa clínica se faz por uma imposição da lei, a partir de uma concepção da experiência psicótica como fracasso na entrada do mundo simbólico, no regime das trocas, no mundo da



linguagem. Aqui não há fracasso e sim afirmação de um modo de existir como resistência à lógica do capital.

## 4 CONCLUSÃO

### O direito de sonhar

Que tal se delirarmos por um tempinho  
Que tal fixarmos nossos olhos mais além da infâmia  
Para imaginar outro mundo possível?  
O ar estará mais limpo de todo o veneno que  
Não provenha dos medos humanos e das humanas paixões.  
Nas ruas, os carros serão esmagados pelos cães.  
As pessoas não serão dirigidas pelos carros  
Nem serão programadas pelo computador.  
Nem serão compradas pelos supermercados  
Nem serão assistidas pela TV,  
A TV deixará de ser o membro mais importante da família,  
Será tratada como um ferro de passar roupa  
Ou uma máquina de lavar.  
Será incorporado aos códigos penais  
O crime da estupidez para aqueles que a cometem  
Por viver só para ter o que ganhar  
Ao invés de viver simplesmente  
Como canta o pássaro sem saber que canta  
E como brinca a criança sem saber que brinca.  
Em nenhum país serão presos os jovens  
Que se recusem ao serviço militar  
Senão aqueles que queiram servi-lo.  
Ninguém viverá para trabalhar.  
Mas todos trabalharemos para viver.  
**Os economistas não chamarão mais  
De nível de vida o nível de consumo  
E nem chamarão a qualidade de vida  
A quantidade de coisas.**  
Os cozinheiros não mais acreditarão  
que as lagostas gostam de ser fervedas vivas.  
Os historiadores não acreditarão que os países adoram ser invadidos.  
Os políticos não acreditarão que os pobres  
Se encantam em comer promessas.  
A solenidade deixará de acreditar que é uma virtude,  
E ninguém, ninguém levará a sério alguém que não seja capaz de rir de si mesmo.  
A morte e o dinheiro perderão seus mágicos poderes  
E nem por falecimento e nem por fortuna  
Se tornará o canalha em virtuoso cavalheiro.  
A comida não será uma mercadoria  
Nem a comunicação um negócio  
Porque a comida e a comunicação são direitos humanos.  
Ninguém morrerá de fome  
Porque ninguém morrerá de indigestão.  
As crianças de rua não serão tratadas como se fossem lixo  
Porque não existirão crianças de rua.

As crianças ricas não serão como se fossem dinheiro  
Porque não haverá crianças ricas.  
A educação não será privilégio daqueles que podem pagá-la  
E a polícia não será a maldição daqueles que podem comprá-la  
A justiça e a liberdade, irmãs siamesas  
Condenadas a viver separadas  
Voltarão a juntar-se, bem agarradinhas,  
Costas com costas.  
Na Argentina, as loucas da Plaza de Mayo  
Serão um exemplo de saúde mental  
Porque elas se negaram a esquecer  
Os tempos da amnésia obrigatória.  
A Santa Madre Igreja corrigirá  
Algumas erratas das Taboas de Moisés,  
E o sexto mandamento mandará festejar o corpo.  
A Igreja ditará outro mandamento que Deus havia esquecido:  
“Amarás a natureza, da qual fazes parte”  
Serão reflorestados os desertos do mundo  
E os desertos da alma  
Os desesperados serão esperados  
E os perdidos serão encontrados  
Porque eles são os que se desesperaram por muito esperar  
E eles se perderam por tanto buscar.  
Seremos compatriotas e contemporâneos  
De todos o que tenham  
A vontade de beleza e vontade de justiça  
Tenham nascido quando tenham nascido  
Tenham vivido onde tenham vivido  
Sem importarem nem um pouquinho  
As fronteiras do mapa e do tempo.  
Seremos imperfeitos  
Porque a perfeição continuará sendo o aborrecido privilégio dos deuses  
Mas neste mundo, trapalhão e fodido,  
Seremos capazes  
De viver cada dia como se fosse o primeiro  
E cada noite como se fosse a última.

**Eduardo Galeano**

Começar um texto que se pretende concluir um trabalho de tese não é simples. Esse poema me ajuda a considerar toda a discussão anterior, e é nossa meta não fechar nela a problemática deste campo de pesquisa.

Recuperemos a conversa a respeito da longa permanência, convocando a afetividade que nos traz até o campo da saúde mental, carregando assim Esmeralda e tantas outras existências essenciais a este processo. Lembramos que Longa não diz respeito a um tempo cronológico, mas a um tempo cronificado. A cronificação nos

impele a um movimento contra (contra o longo cronificado), que é por sua vez afirmativo da longitudinalidade (o longo provisório, contingente, transitório) e muitas vezes de uma temporalidade longa, mas que não seja crônica por ter sentido.

A lógica da reprodução dos modos de produção cria essa longa permanência crônica. Permanecer no sem fim é onde está o problema, pois asseveramos a longitudinalidade do cuidado sem a permanência no Serviço, numa perspectiva de cuidado, de tratamento que seja finito. Não recusamos a prática de cuidado, ela pode e deve ter um sentido longo, longitudinal, mas sem permanência. Aproximamo-nos mais da ideia de passagem, de abertura de tempos espaços forjados no caminhar.

No circuito capitalístico como infinitude, de trabalho que gera mais trabalho, a interrupção do processo de produção ou o seu fim enfrenta as automatizações que o cotidiano produz. Na prática dos CAPS, atualmente, produzimos e geramos demanda para os produtos de nosso trabalho: atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas, visitas domiciliares etc. Tais produtos são, muitas vezes, reproduzidos não por necessidades da atenção, mas por exigência da gestão. Como na lógica empresarial, o produto e sua necessidade de existência são coetâneos, ambos gerados pela natureza do capital.

Por isso, importa nos dedicarmos à não redução de nossa luta a uma guerra contra a privatização, mas pela saúde pública, por um sistema de saúde universal de qualidade. Porque chamo isso de redução? Porque nosso trabalho é a favor, tem uma luta afirmativa e muitos argumentos e muitas lutas em seu entorno. Se pautamos nossa luta como contrária a algo, limitamo-nos a exterminar algo e não construímos, seja teoricamente seja praticamente, o que acreditamos. É por meio da construção de um sistema público de saúde que as práticas privadas perdem espaço e permanecendo à penúria, tornando-se desnecessárias.

Para concluir essa trajetória, precisamos ainda insistir no ponto da infeliz escolha do campo de pesquisa. Nas primeiras conversas sobre a tese com a professora Ligia Bahia, nos foi sinalizado que não era necessário um trabalho de campo para essa discussão e mais, que talvez isso não fosse uma boa alternativa metodológica. Na época não entendi bem e insisti em minha proposta. Em curto espaço de tempo, percebi que a comparação sugerida inicialmente não era interessante, mas segui persistindo na pesquisa de campo tentando então não comparar. Quase ao fim, pude entender que uma vez no campo, com as características dos serviços eleitos para a pesquisa de campo, a comparação era

inevitável, o que me colocaria diante de mais um problema de tese. Aos poucos compreendi o porquê de não ser uma boa alternativa.

Inferi que a comparação poderia dificultar entender que o CAPS OS é o serviço onde se dá um concentrado de privatização que é mais efeito que causa do processo de privatização colocado em análise na tese. A escolha metodológica da comparação se mostrou indutora de uma premonição autorrealizada. O CAPS OS concentra linhas privatizantes sem poder dizer que as mesmas não estão presentes no CAPS Torquato Neto. A segunda conclusão foi que em meio ao trabalho e a trabalhadores inseridos em um sistema de saúde em processo de privatização, pesquisar COM era quase uma ilusão. Esses trabalhadores não poderiam relatar o que se passava em seu processo de trabalho, tratava-se de uma consciência muito pouco provável, além de que tal comparação conduziria a um inevitável antagonismo com a pesquisadora que, de outra posição, apontaria traços privatistas.

De fato, entendemos que o antagonismo foi bem acentuado no CAPS OS, além das raivas e mal-estares crescentes. Isso acentuava a inevitável comparação, visto que o compartilhamento das observações não chegavam tão mal para o CAPS Torquato Neto, possibilitando ali uma roda mais colaborativa de troca acerca da temática e da problemática da pesquisa.

Não dizemos isso desprezando o processo nem o trabalho realizado. Sequer podemos dizer que a pesquisa não tenha se estabelecido como processo de intervenção nos dois CAPS, mas no CAPS OS, a intervenção permanece mais no campo das inevitáveis alterações de sujeito/objeto em uma relação de pesquisa e não no campo dialógico em torno da temática. É bastante difícil nomear essa diferença qualitativa de intervenção, mas indispensável, pois para concluir essa tese devemos falar desse processo, incluindo todos os percalços e diferenciando-os. A finalização precisa incluir formulações, no caso de uma tese, com palavras.

Ao fim, tendo entendido a infeliz escolha, sem desejar retornar ao ponto de partida, temos um resultado que analisa os dados conforme vieram, aproveitando para sinalizar os equívocos e tomá-los ainda como material de pesquisa. Nossa metodologia comporta a análise do material que nos chega e de como nos chega. Destacamos então a concentração de práticas privatizantes no CAPS OS, não para tomá-lo ou tomar a OS como causa, mas para rememorar todo o percurso e devolver ao campo a análise do processo de privatização de que ambos os serviços investigados são efeito. As condições de possibilidade criadas para a privatização,

tanto no contexto do crescente capitalismo neoliberal, quanto da sua efetivação na Reforma Administrativa do Estado e da política legislativa que se segue a ela, não marcam somente o serviço em que a terceirização da gestão já se estabeleceu. As OSs não são o que promoveu essas práticas, mas o que potencializou e concentrou ali o que acontece nos diferentes equipamentos da rede de saúde.

Hoje, em ambos os equipamentos, denominaremos privatização a produção de reprodução nutrida no modo de vida capitalístico, que torna automáticos os fazeres de um trabalho em saúde. Sob o risco de parecer paradoxal ou talvez contraditória, exponho que entendi não ser uma boa alternativa essa entrada no campo, mas uma ótima. Incluindo os problemas, pudemos produzir análises muito pertinentes ao campo e por fim trazê-las de modo muito encarnado, visto que os atropelos interpelaram, possibilitando as invenções e criações que esse texto trouxe.

Por meio da aposta em uma clínica produtora de autonomia, reafirmamos a necessidade da criação, enfrentando a lógica da infinitização própria do capitalismo e que identificamos no processo de privatização na saúde. Investindo na produção e não na mera reprodução dos modos de cuidar, é possível forjar uma atenção psicossocial inventiva, conectada ao território, à experiência, à participação social, à inclusão do usuário efetivamente em seu processo de saúde.

No sentido democrático, comum, resgatamos a ideia apresentada na introdução deste texto de que é a sensibilidade clínica, a clínica desse comum, que deve orientar a gestão. Retomo a pergunta inicial: que impacto tem a entrada do modelo de OS na Saúde Mental do Rio de Janeiro? Se essa pergunta ainda se faz cabível, verificamos que impacta na alienação, no medo, na adesão ao modelo gerencial/empresarial imposto à saúde e que não é exclusividade de um serviço gerido por OS.

Falamos em práticas e não em serviços privados. Prática é um termo que se tornou caro a essa pesquisa, pois nesse processo entendemos que há atravessamentos, linhas, ações que seguem na direção privada, mas isso não torna um serviço estritamente privado. Vivemos cotidianamente nos serviços de saúde um tensionamento efeito do atravessamento entre práticas públicas e privadas. Por isso, acreditamos que há resistência e ensejamos explicitar essas linhas, esses vetores privatizantes, expondo modos de funcionamento que coexistem. Ao mesmo tempo que os CAPS são serviços de bases territorial, insistem neles forças centralizadoras, práticas ligadas ao modelo doença/cura, mercadoria/consumo. Quero afirmá-los como

serviços públicos, sob necessidade de constante análise e renovação da aposta pública para que não sejam sufocados por práticas privadas.

Também falamos em movimento, uma luta constante e não uma meta preestabelecida que se deve alcançar. O movimento é fundamental, algo que não pode deixar de ser esse *em movimento*, essa luta, como direção, com sentido e finitude. Ele também é constante por conhecer sua direção, por não chegar a sua forma final, mas por poder submeter à análise a direção e a própria operação, recriando-os. O modelo esquizo, proposto no final do capítulo 3, que borra as fronteiras e conecta tudo com tudo, se enquadra muito bem nesse movimento. Seu funcionamento maquínico desliza no *socius* conectando, incluindo potencialmente as diferenças. Fazemos um paralelo com nossa metodologia, que pode então abranger desvios e desacertos, trazendo-os para análise e servindo-se deles.

A lógica empresarial coloca saúde como mercadoria, mercantiliza os bens e os serviços de saúde produzindo alienação e adesão, impedindo a análise e levando a automatismos, à infinitude, a que se "vista a camisa da empresa". Os efeitos na saúde e nas práticas dos serviços são a perda de sentido e da direção do trabalho que deve construir o seu fim para garantir a aut(a)nomia.

Como forma de resistência e enfrentamento, propomos fazer a roda girar ao contrário, imprimir outros tempos, incluir pensamento. Propomos mais análise para o dia a dia, que não se deixe de problematizar o que fazemos e o modo como fazemos, que não se deixe de pensar os efeitos de cada mudança proposta na gestão em saúde.

Desde a aprovação da Constituição de 1988, ou logo no momento seguinte, os discursos ideológicos vêm construindo argumentos na direção de que não há financiamento suficiente para um sistema universal de saúde (BAHIA, 2017). Hoje, constatamos serem incompatíveis a dinâmica privatizante e a dinâmica que constrói um Sistema Único de Saúde universal (CHAGAS, 2018). O que vem sendo desconstruído por essa ideologia – para usar o termo de Althusser, que apregoa o gerencialismo, o controle como solução –, desmerece as práticas de gestão pública, de funcionalismo público, colocando-os no lugar do impossível. Não se enganem, meus caros, há um trabalho para o convencimento desta tese, não menos difícil que o nosso convencimento de que a solução é lógica privada, empresarial. Nesse conjunto, vem o lucro, o funcionamento cumulativo da saúde enquanto valor de troca.

Certamente, o acúmulo de capital gerado pelo trabalho em saúde não é do trabalhador, mas este é usado pelas grandes corporações para o acúmulo de riqueza. Os interesses envolvidos no funcionamento do privado passam longe da saúde dos usuários e dos trabalhadores.

Porque são incompatíveis as dinâmicas? O SUS é montado a partir de uma estratégia de democratização na gestão. Na Reforma Sanitária brasileira, a alteração do modelo de gestão em saúde é correlata à alteração do modelo de atenção. Trata-se de um projeto universal de saúde que substituiu os sistemas que atendiam apenas trabalhadores formais e se assenta na ideia da descentralização e da democratização na atenção e na gestão. O que era centralizado nas esferas federal e estadual, com INAMPS, IPSEMG, por exemplo, passa a ter funcionamento básico nas esferas municipais. Funcionamento básico porque a atenção básica cabe aos municípios, o que é o ponto essencial da rede SUS.

É preciso, portanto, contar com o saber do território (democracia) para cuidar das pessoas ali presentes. Nesse funcionamento, atenção e gestão não podem se separar, visto que esse saber que cuida no território deve orientar a política de saúde. O SUS nasce como política com controle social, que são os conselhos distritais, municipais, estaduais e federais etc. Essas reuniões de conselhos produzem conferências municipais, estaduais e nacionais, as quais constituem-se de instâncias deliberativas que devem orientar a política de saúde de modo descentralizado e democrático.

Neste contexto, a política de saúde mental é, idealmente, norteada por uma gestão igualmente democrática, com dispositivos atuantes nos territórios de onde extraem as diretrizes das políticas de saúde. E dizemos idealmente pois, na contramão, pesquisas recentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ, coordenadas pela professora Ligia Bahia em parceria com outras universidades, indicam que responsáveis pelos contratos das OSs com os governos têm seus nomes associados às antigas organizações filantrópicas que “cuidavam” da saúde dos não assegurados. Vale lembrar que essas entidades de caridade tais como santas casas de misericórdia, recebiam financiamento governamental e em alguns lugares ainda recebem, como conveniadas, para seu funcionamento e ficariam com muito menos demanda após a criação do SUS (SOUSA, 2012). Todavia, o setor das fundações filantrópicas não se tornaria insuficiente, visto que os empresários da saúde ou pelo menos parte deles se realocaram para manter seus ganhos. Os modos de vida



capitalísticos – segundo a expressão de Guattari (1981) para designar um modo de produção de subjetividade que pode estar presente em diferentes arranjos de política de Estado, mais à direita ou mais à esquerda –, estão associados à cultura de consumo, de descartáveis, à sensação de fontes inesgotáveis, ao sem fim da circulação do capital, o que nos cega para a direção de trabalho que, necessariamente, precisa comportar seu fim, mais que isso, trabalhar para seu fim. A falta do debate crítico e a aceitação crescente da gestão terceirizada têm sido favorável à mudança em paralelo dos modelos de gestão e atenção em saúde. Verificamos no discurso vigente uma compelida separação entre clínica e política, atenção e gestão, fator que diminui a força democrática trazida pelo SUS. Pressionar a separação entre a clínica e a política, entre a atenção e a gestão é abrir caminho e criar condições de possibilidade para que o SUS não se efetive como política pública, com participação popular e controle social. Arriscamos perder a diretriz de base: saúde para todos e qualquer um.

As mudanças também passam pela interrupção do silenciamento gerado pelo modo violento de contratar e gerir uma política que se pretende pública. Por isso, a importância de se construir modos de enfrentar e criar linhas de fuga à lógica da privatização do público que está em curso.

Afirmamos então, na contramão, um trabalho que precisa suportar seu próprio fim. Defendemos o trabalho clínico em saúde pública, tomando o conceito de público em contraste com os modos de vida capitalísticos. Fazer uma clínica pública é trabalhar para o fim do nosso trabalho. O que isso quer dizer? Quer dizer que temos de visar a autonomia dos usuários, temos de pensar que o CAPS deve trabalhar para que os usuários prescindam do serviço especializado em saúde mental, que possa mapear com eles recursos no território que sejam promotores de saúde, a fim de que eles lancem mão dos recursos da cidade e não de um serviço especializado.

Concluindo, a privatização do modelo de gestão impacta o modelo de atenção, na medida em que o processo de trabalho em saúde mental passa a visar sua própria reprodução, isto é, trabalha-se para atingir metas de produtividade que garantirão o repasse de verbas a fim de que o serviço continue reproduzindo seu modo de produção de saúde. A privatização da gestão em saúde pressupõe a infinitização de seu próprio modo de produção. A clínica assim é estrangida a não trabalhar para seu término. A clínica permanece interminável por um imperativo do modo de produção capitalístico.

Espero que tenham podido me acompanhar até aqui, na feliz escolha de insistir na escrita dessa tese. Que nosso cotidiano se encha de poesia, a poesia em seu sentido mais amplo, para tornar possíveis as travessias com sensações infinitas e acreditem, elas terminam.

## Referências

ALTHUSSER, Louis. **Sobre a Reprodução**. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, Vozes: 1999

ALTHUSSER, Louis. **Advertência aos leitores do livro I d'O Capital**. In **Karl Marx. O Capital: Crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 39-58.

AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª edição. Fiocruz; 1998. 143p.

ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

BAHIA, L. **O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições**. In: [http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo\\_Ligia\\_Bahia.pdf](http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Ligia_Bahia.pdf). 2017. p. 3-13. Acesso em: 10 jan. 2018.

BARROS, João. **Poder pastoral e população em Foucault: a importância da sexualidade no governo das condutas**. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2011. Disponível em <https://www.aacademica.org/000-093/222.pdf> . Acesso em: 15 jun. 2018.

BARROS, Maria E. B. & PIMENTEL, Helen H. C. **Políticas Públicas e a Produção do Comum: interrogando práticas psi**. *Polis e Psique vol 2*, n.2, 2012. p. 3-22.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* v. 16(1). Brasília, 2000. p. 71-80.

BENEVIDES, Regina. **A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?** In *Psicologia & Sociedade*, v. 17(2), 2005. p. 21-25.

BOBBIO, Norbert. **Estado, Governo, Sociedade: por uma teoria geral da política**. Trad. Marco Aurelio Nogueira. Rio de Janeiro, Paz e Terra: 2007.

BRASIL. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado**. Organizações Sociais. / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.

BRASIL. **Presidência da República / Casa Civil**. Subchefia para assuntos jurídicos. Organizações Sociais. LEI 9.637 de 15 de maio de 1998. Brasília, 1998. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9637.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm). Acesso em: 05 de abr. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CHAGAS, Andréa Moreira. **Micropolítica do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão**. Tese de Doutorado defendida no programa de pós graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018.

COSTA-ROSA, Abilio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. **Atenção Psicossocial: rumo ao novo paradigma em saúde mental coletiva**. In: AMARANTE, P. (org). Archivos de saúde mental. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

DELEUZE, Gilles; FELIX, Guattari. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Trad. Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 2010. 560 p.

\_\_\_\_\_. **Mil Platos: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 5. Trad. Peter Pal Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Ed. 34, 2008. 240 p.

DIAS, Franceli Pedott; SILVA, Amanda de Lima; CAMPODONICO, Thaís Recoba. **Organizações sociais civis de interesse público no contexto da reforma gerencial brasileira**. III Congresso Consad de Gestão Pública. 2010, 25p. Disponível em

[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_II\\_congresso\\_consad/painel\\_18/organizacoes\\_sociais\\_civis\\_de\\_interesse\\_publico\\_no\\_contexto\\_da\\_reforma\\_gerencial\\_brasileira.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_congresso_consad/painel_18/organizacoes_sociais_civis_de_interesse_publico_no_contexto_da_reforma_gerencial_brasileira.pdf). Acesso em: 03 de abr. 2015.

DELIGNY, Fernand. **O aracniano e outros textos**. 1a ed. Trad. Lara de Malimpensa, São Paulo, 2015.

DAVIS, Angela. **A liberdade é uma luta constante**. Org. Frank Barat; trad. Heci Regina Candiani. 1a ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

FOUCAULT, M. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

\_\_\_\_\_. **A governamentalidade**. in Michael Foucault, Microfísica do poder (pp. 277-293). Rio de Janeiro: Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. **Omnes et Singulatim: Por uma crítica da Razão Política**. Trad. de Heloísa Jahn. Novos Estudos, São Paulo, n. 26, p. 77-99, 1990. Disponível em: <https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2015/11/foucault-omnes-et-singulatim.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**. Ed. Vozes, Petrópolis, 1977.

GUATTARI, F. **Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

\_\_\_\_\_. **Revolução molecular: Pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

JULLIEN, F. **O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. **Cartografar é traçar um plano comum**. *in* Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 2, p. 263-280, Maio/Ago. 2013.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **O outro da Reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas**. Tese de doutorado. UNICAMP, 2001. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000218828>. Acesso em: 27 set. 2016.

LAIZO, Denise. **A Privatização da Saúde e as Organizações Sociais**. São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.pstu.org.br/node/15151>. Acesso em: 05 abr. 2015.

LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACEDO, Joana. **O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de sergipe: um problema clínico-político**. UFF, Niterói, 2006, 111p. Disponível em: [http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2006/Joana\\_Oliveira.pdf](http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2006/Joana_Oliveira.pdf)

MAIA, Ana Maria Quintela. **A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

MACERATA, Iacã Machado. **Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua**. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015. Disponível em [http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/teses/2015/2015\\_t\\_laca.pdf](http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/teses/2015/2015_t_laca.pdf). Acesso em: 02 ago. 2016.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital**. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital**. Trad. Reginaldo Santana. 21 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MORAES, Marcia. **PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual**. In: Moraes, M. e Kastrup, V. Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010.

NEGRI, Antonio. **O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

OZSLAK, Oscar. **Revista Reforma y Democracia No 9 CLAD**. Caracas, 1997. Tradução do espanhol de Henrique Novaes e adaptação e revisão de Renato Dagnino (GAPI – Unicamp).

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo. **Psicologia, produção de saúde e produção de subjetividade: compromisso com as políticas públicas de saúde**. In Formação Profissional e Compromisso Social da Psicologia: Boletim Interfaces da Psicologia da UFRRJ. Vol. 2, No. 2, Dezembro 2009, p. 98 a 102.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. **Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo**. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ), PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

\_\_\_\_\_. **Lugar Comum**, RJ, n. 19-20, jan-jun de 2004, p. 159-171.

PASCHE, Dario Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública**. Ciência & Saúde Coletiva 16(11), 2011. p. 4541-4548.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; SOUZA, Vera Lúcia Batista de. **A Análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo**. In: KAMKHAGI, Vida Rachel; SAIDON, Osvaldo. (Orgs). **Análise Institucional no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. p. 27-46.

RIO DE JANEIRO. 19 de maio de 2009. Disponível em <http://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/874335/lei-5026-09>. Acesso em: 05 de abr. 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo**. Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. **Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil**. in Revista EPOS; Rio de Janeiro – RJ, Vol.5, no 1, jan-jun de 2014. p. 156-181.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira. **Metas para que te quero?": algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SARAMAGO, José. **A segunda vida de Francisco de Assis**. Teatro. Editorial Caminho. 1ed. Lisboa. 1987. 132p.

SAITO, Danielle Yuri Takauti; ZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavon; SCHVEITZER, Mariana Cabral; MAEDA, Sayuri Tanaka. **Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?** Texto contexto - enferm. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013. p. 175-183.

SILVA, V. Maria. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle.** Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2012.

SOUSA, W. C. **Entre biopolíticas e biopotências: uma cartografia dos processos de produção de saúde no Rio de Janeiro.** Niterói, RJ, 2012. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, 2012.

TAYLOR, Frederick W., **Princípios da Administração Científica.** Trad. Arlindo Vieira Ramos. 8 ed. São Paulo, 1990.

VARGAS, Everson Rach. **Experiência e produção de conhecimento: a afirmação do público na educação na saúde.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015. Disponível em [https://app.uff.br/slab/uploads/2015\\_d\\_EversonRach.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/2015_d_EversonRach.pdf). Acesso em: 06 mai. 2018.

VIVA RIO. Disponível em <http://vivario.org.br/saude/centros-de-atencao-psicossocial-caps/>. Acesso em: 05 de abr. 2015.

**TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



## TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### *Dados de identificação*

#### Título do Projeto:

Desafios atuais da saúde mental pública em dois CAPS no Rio de Janeiro: o impacto das Organizações Sociais sobre a Atenção dos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial

#### Pesquisador Responsável:

WILLIANA NUNES DE MORAES LOUZADA

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Contato do Pesquisador: (21) 975396979 - (21) 34895186

E-mail: [willianabr@gmail.com](mailto:willianabr@gmail.com)

Endereço: Rua Bento Lisboa, 76 ap 208 - Catete - Rio de Janeiro

#### Contato dos Comitês de Ética:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro - Rua Marquês do Paraná 303, 4º andar, prédio anexo ao HUAP. E-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br)  
Tel/fax: (21) 26299189

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040 site: [www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa)

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Telefone: 2215-1485

#### Nome do participante:

---

---

O(A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Desafios atuais da saúde mental pública em dois CAPS no Rio de Janeiro: o impacto das Organizações Sociais sobre a Atenção dos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial”, de responsabilidade do pesquisador WILLIANA NUNES DE MORAES LOUZADA.

Na cidade do Rio de Janeiro, essa pesquisa se faz de extrema importância e urgência. Temos observado a constante mudança nos modelos de contrato dos profissionais. As incertezas, inseguranças e desacordos com os vínculos de trabalho oferecidos a esses profissionais têm marcado o cotidiano dos trabalhadores da saúde.

Encontramos lutas de movimentos populares e espaços como fóruns de saúde e conferência de saúde, bem como outras organizações de militância da área, discutindo amplamente o tema. Faz-se urgente pensar a saúde como direito garantido na constituição de 1988, bem como a lei do SUS (lei 8080/1990).

Situado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas propostas ético-políticas para a saúde mental no Brasil, a presente pesquisa tem por objetivo discutir o tema da clínica da atenção psicosocial, no contexto específico da cidade do Rio de Janeiro, onde cresce a proposta e implantação de gestão terceirizada (ou pelo terceiro setor). A partir dessa discussão, pretende-se pensar os efeitos ou o impacto na clínica desse tipo de gestão. Essa discussão vai se dar a partir de um estudo comparativo entre um CAPS que esteja diretamente gerido pela Secretaria de Saúde e um CAPS que esteja gerido por Organização Social.

Esclarecemos que a pesquisa ocorrerá por meio de um acompanhamento de rotina do serviço. Em um turno semanal, a combinar com o serviço. Os registros desse acompanhamento se darão através de diário de campo, feitos pela pesquisadora após cada turno no serviço. Não haverá qualquer registro fotográfico, gravação ou filmagem. A participação do serviço é voluntária, isto é, a qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa do mesmo não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, à faculdade de Psicologia/UFF, ou qualquer outra instituição. Os dados gerados ficarão sob a guarda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFF, serão utilizados unicamente com fins acadêmicos, em publicações e congressos científicos, e serão incinerados ao final de cinco anos.

As informações serão tratadas com sigilo e serão analisadas em conjunto com o orientador. Está garantido o anonimato do serviço, seus usuários e profissionais e também o acesso aos resultados da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa intervenção participativa, portanto, os participantes decidirão em conjunto com a pesquisadora sobre o modo como querem aparecer na pesquisa. A tese será disponibilizada em cópia física para os Serviços e para cada um dos participantes, e além disso, organizaremos um evento para apresentação da pesquisa aos Serviços. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Com o consentimento, o serviço estará contribuindo para o avanço das estratégias de cuidado em saúde, desde o ponto de vista dos modos de gestão. O (A) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, elaborado em duas vias ser, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa assim como pelo pesquisador responsável. No termo consta o telefone / e-mail de contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

**Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: Rua Marquês do Paraná 303, 4º andar , prédio anexo ao HUAP. E-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br) Tel/fax: (21) 26299189 e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040 site: [www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa) e-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) Telefone: 2215-1485 e/ou com a pesquisadora: (21) 975396979 - (21) 34895186 - email: [willianabr@gmail.com](mailto:willianabr@gmail.com) - Endereço: Rua Bento Lisboa, 76 ap 208 - Catete - Rio de Janeiro**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do Pesquisador

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Elaborado pela Instituição Coparticipante**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Desafios atuais da saúde mental pública em dois CAPS no Rio de Janeiro: o impacto das Organizações Sociais sobre a Atenção dos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial

**Pesquisador:** Williana Nunes de Moraes Louzada

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53499415.1.3001.5279

**Instituição Proponente:** Programa de Pos Graduação em Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.647.504

**Apresentação do Projeto:**

Projeto intitulado "Desafios atuais da saúde mental pública em dois CAPS no Rio de Janeiro: o impacto das Organizações Sociais sobre a Atenção dos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial" desenvolvido pela pesquisadora Williana Nunes de Moraes Louzada, a ser realizado no CAPS [REDACTED] e no CAPS Torquato Neto.

A pesquisa trata-se de uma observação participante, em dois Centros de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro. São serviços de Saúde Mental cuja rotina será acompanhada pela pesquisadora e registrada em diários de campo para análise posterior. Com o objetivo de comparar os dois serviços, que estão previamente selecionados de acordo com diferentes modelos de gestão, sendo um, gerido diretamente pela secretaria de saúde, e outro, por uma Organização Social. Durante quatro meses cada um dos serviços será acompanhado observando seu funcionamento e colhendo dados para análise do impacto desse modelo de gestão no cuidado com os usuários. Serão utilizados o método da cartografia para tal observação e coleta de dados. Não há, intervenção direta com nenhum indivíduo, mas a observação de uma rotina de trabalho e circulação no serviço. O registro será igualmente indireto, e a análise será feita em conjunto com o orientador, discutindo os registros à luz da bibliografia indicada.

Em cada um dos CAPS serão acompanhadas as rotinas de 3 (três) participantes da pesquisa, por 4

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

**Bairro:** Centro

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**CEP:** 20.031-040

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JA-  
NEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.647.504

(quatro) meses. As atividades a serem acompanhadas serão selecionadas juntamente com a equipe e considerando as possibilidades, disponibilidades de horário. O critério de inclusão do trabalhador não gestor (visto que os gestores serão todos acompanhados) será: ser profissional do CAPS há pelo menos 12 (doze) meses. O critério de exclusão do trabalhador não gestor será: ter ocupado cargo de gestão nos últimos 12 (doze) meses. Visa-se observar a relação entre modelo de gestão e práticas de atenção no Serviço, considerando a hipótese norteadora dessa pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

\* Objetivo Primário:

- Discutir o tema da clínica da atenção psicossocial, no contexto específico da cidade do Rio de Janeiro, onde cresce a proposta e implantação de gestão terceirizada (ou pelo terceiro setor).

\* Objetivo Secundário:

- A partir dessa discussão proposta no objetivo primário, pretende-se pensar os efeitos ou o impacto na clínica desse tipo de gestão no cuidado com o usuário do serviço em questão.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

\* Riscos:

- O principal risco dessa pesquisa, diz respeito aos efeitos que podem ser produzidos no trabalhador do CAPS quando se adentra na intimidade do seu cotidiano de trabalho. A problematização proposta pela pesquisa pode gerar efeitos constrangedores para os seus participantes. Nesse sentido, visa-se minimizar esses riscos intensificando o caráter participativo da pesquisa, que manterá um espaço de análise do material colhido com os envolvidos. A pesquisadora compromete-se não só com uma devolutiva final dos resultados da pesquisa, como também, e sobretudo, com um processo contínuo de inclusão da perspectiva do diretor, do coordenador técnico ido profissional no trabalho de colheita, organização e análise dos dados.

\* Benefícios:

- O serviço estará contribuindo para o avanço das estratégias de cuidado em saúde, desde o ponto de vista dos modos de gestão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JA-  
NEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.647.504

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JA-  
NEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.647.504

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	A r q u i v o	Postagem	A u t o r	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	02/06/2016		Aceito
do Projeto	ROJETO_605061.pdf	07:51:45		
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutComiteEtica.docx	02/06/2016	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
		07:50:39		
Outros	CartaModificacao2.docx	02/06/2016	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
		07:46:55		
Cronograma	cronograma1.docx	02/06/2016	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
		07:38:03		
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	28/04/2016		Aceito
do Projeto	ROJETO_605061.pdf	15:14:44		
Outros	CartaModificacao.docx	28/04/2016	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
		15:12:16		

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JA-  
NEIRO/SMS/ RJ



Cronograma 1.647.504	cronograma1.docx	28/04/2016 15:02:12	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutComiteEtica.docx	28/04/2016 14:59:00	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	28/04/2016 14:58:36	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_605061.pdf	28/03/2016 23:17:43		Aceito
Outros	RoteiroColetaDados.docx	28/03/2016 23:16:50	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinal.pdf	28/03/2016 23:09:13	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Cronograma	cronograma1.docx	28/03/2016 23:06:42	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoDoutComiteEtica.docx	28/03/2016 23:04:04	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JA-  
NEIRO/SMS/ RJ



Investigador				
Continuação do Parecer: 1.647.504				
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	17/03/20 16  17:32: 30	Williana Nunes de  Moraes Louzada	Acet o

FACULDADE DE MEDICINA  
DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 1.585.004

Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	21/01/2016		Aceito
do Projeto	ROJETO_605061.pdf	14:37:53		
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciatorquato.pdf	21/01/2016 14:37:22	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	[REDACTED]	21/01/2016 09:27:02	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutComiteEtica.docx	03/12/2015 11:52:12	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.docx	03/12/2015 11:36:05	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Outros	RoteiroColetaDados.docx	30/11/2015 19:07:09	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Outros	certidaonegativa.pdf	30/11/2015 19:06:27	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito

FACULDADE DE MEDICINA  
DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer 01.585.004	Orcamento.docx	30/11/ 2015  19:04: 40	Williana Nunes de  Moraes Louzada	Aceit o
Outros	CurriculoLattes.pdf	30/11/ 2015  12:12: 27	Williana Nunes de  Moraes Louzada	Aceit o
Outros	Apresentacao.pdf	26/11/ 2015  10:45: 52	Williana Nunes de  Moraes Louzada	Aceit o
Cronograma	cronograma1.docx	26/11/ 2015  10:16: 11	Williana Nunes de  Moraes Louzada	Aceit o
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/11/ 2015  11:05: 13	Williana Nunes de  Moraes Louzada	Aceit o

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Julho de 2016

Assinado por:

Salesia Felipe de Oliveira  
(Coordenador)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

--

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Continuação do Parecer: 1.585.004

**Título da Pesquisa:** Desafios atuais da saúde mental pública em dois CAPS no Rio de Janeiro: o impacto das Organizações Sociais sobre a Atenção dos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial

**Pesquisador:** Williana Nunes de Moraes Louzada

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 53499415.1.0000.5243

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.585.004

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de doutorado de Williana Nunes de Moraes Louzada, com orientação do Prof. Eduardo Henrique Passos Pereira, que tem por objetivo discutir o tema da clínica da atenção psicossocial, no contexto específico da cidade do Rio de Janeiro, onde cresce a proposta e implantação de gestão terceirizada. A partir dessa discussão, pretende-se pensar os efeitos ou o impacto na clínica desse tipo de gestão. Este trabalho traz o esforço de aproximar o tema da clínica e as discussões de saúde pública.

#### INTRODUÇÃO:

Se enfrenta hoje, no Rio de Janeiro, a crescente entrada de Organizações Sociais (Oss) e Organizações Não Governamentais (ONGs) na gestão e terceirização de recursos humanos da saúde, respectivamente, bem como de dinheiro público. E é nesse território que essa pesquisa pretende se instalar, objetivando discutir o modelo de gestão na clínica. Para tanto, será realizado um estudo comparativo entre um CAPS "próprio" (como tem sido chamado os CAPS diretamente geridos pela secretaria de saúde/superintendência de saúde mental) e um CAPS OS (CAPS gerido por OS). O equipamento criado para substituir o hospital psiquiátrico, manicômio, hospício e colônias é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Como proposta dessa pesquisa, também será

investigado se de fato se pode falar em privatização a partir de um modelo de gestão. E essa pergunta leva a

outras como: a saúde pública é necessariamente estatal? Entregar a gestão de um serviço a uma Organização Social significa que o serviço deixa de ser estatal? Há como prosseguir na consolidação do SUS a partir de uma saúde não estatal? Há serviço público sem servidor público? Que outras configurações uma política pública de saúde assume com esse tipo de parceria público-privada? E a qualidade dos serviços? É afetada por essas questões? Como e por quê?

#### HIPÓTESE:

Há um impacto na atenção psicossocial produzido pelo modelo de gestão do Centro de Atenção Psicossocial. Os vínculos empregatícios e modos de financiamento, diferentes para os CAPS OS e para os CAPS "próprios", influenciam na clínica, nos modos de cuidado, na atenção ao usuário, na forma uma diminuição do efeito de autonomia dos usuários em sua relação com o território. A hipótese desta pesquisa é que nos CAPS OS é menor a parceria com o território na condução do tratamento dos usuários e consequentemente na sua progressiva retomada/construção dos vínculos sociais.

#### METODOLOGIA:

Cenários da pesquisa: CAPS [REDACTED] e CAPS Torquato Neto.

Os critérios de inclusão dos CAPS na pesquisa serão:

- a) ser um CAPS próprio e um CAPS OS;
- b) ser um CAPS da RAPS com maior cobertura de serviços saúde mental do Rio de Janeiro;
- c) ser um CAPS gerido por OS há pelo menos 12 meses.

O critério de exclusão dos CAPS será a não concordância da equipe de trabalhadores do CAPS com a pesquisa, a partir de pactuação em reunião de equipe.

O critério de inclusão do trabalhador não gestor (visto que os gestores serão todos acompanhados) será: ser profissional do CAPS há pelo menos 12 meses. O critério de exclusão do trabalhador não gestor será: ter ocupado cargo de gestão nos últimos 12 meses.

A pesquisadora informa que a pesquisa ocorrerá por meio de um acompanhamento de rotina do serviço, em um turno semanal. O material será colhido através de idas a campo interagindo com os profissionais dos dois equipamentos, ou seja, através de uma imersão na rotina do serviço. Os registros desse acompanhamento se darão através de diário de campo, feitos pela pesquisadora após cada turno no serviço. Não haverá qualquer registro fotográfico, gravação ou filmagem

Continuação do Parecer: 1.585.004

A idéia é poder usar o princípio do perder tempo nos espaços de pesquisa, pois segundo Alvarez e Passos (2009), “perder tempo é ganhar mais intimidade”. Em cada um dos CAPS será acompanhada as rotinas de 3 participantes por 4 meses. As atividades a serem acompanhadas serão selecionadas juntamente com a equipe, considerando as possibilidades e disponibilidades de horário. Visa-se observar a relação entre modelo de gestão e práticas de atenção no Serviço. Essa pesquisa-intervenção deve ter caráter participativo. Será lançado mão de um dispositivo de participação na forma de 4 encontros, um ao final de cada mês do trabalho de campo no Serviço, no qual será discutido com os participantes os dados colhidos, organizar proposta para esses dados e a análise.

#### METODOLOGIA DA ANÁLISE DE DADOS:

Leitura dos diários de campo e discussão com o orientador sobre os dados apresentados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Discutir o tema da clínica da atenção psicossocial, no contexto específico da cidade do Rio de Janeiro, onde cresce a proposta e implantação de gestão terceirizada.

Objetivo Secundário: A partir dessa discussão proposta no objetivo primário, pretende-se pensar os efeitos ou o impacto na clínica desse tipo de gestão no cuidado com o usuário do serviço em questão.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: O principal risco diz respeito aos efeitos que podem ser produzidos no trabalhador do CAPS quando se adentra na intimidade do seu cotidiano de trabalho. A problematização proposta pela pesquisa pode gerar efeitos constrangedores para os seus participantes. Nesse sentido, visa-se minimizar esses riscos intensificando o caráter participativo da pesquisa, que manterá um espaço de análise do material colhido com os envolvidos.

BENEFÍCIOS: O serviço estará contribuindo para o avanço das estratégias de cuidado em saúde, desde o ponto de vista dos modos de gestão.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do cumprimento de pendências do parecer deste CEP nº 1.569.958 de 8 de maio de 2016. A rede de saúde do Rio vem se estruturando com um modelo de gestão por Organizações Sociais (OSs). Esta direção está clara quando é considerada a atenção básica - a base do Sistema de Saúde,

Continuação do Parecer: 1.585.004  
sua porta de entrada – que está sendo implementada e gerida por Organizações Sociais. Há também gestão por Fundações e OCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), e a terceirização dos funcionários por cooperativas, ONGs e Associações. O campo problemático da pesquisa é o da terceirização das funções do Estado, embora se queira delimitar o problema nas OSs visto que têm sido o modelo que mais cresce e de modo mais rápido no Município. A pesquisadora pretende pensar de que modo essa clínica tem se exercido na cidade do Rio de Janeiro.

A pesquisadora alterou o título desta pesquisa para "Desafios atuais da saúde mental pública em dois CAPS no Rio de Janeiro: o impacto das Organizações Sociais sobre a Atenção dos Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial", se adequando a proposta deste estudo e realizou todos os esclarecimentos solicitados e todas as alterações recomendadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está devidamente preenchida, datada, carimbada e assinada pelo Prof. Helder Pordeus Muniz, Sub-Coordenador da Pós-Graduação em Psicologia.

A pesquisadora apresentou as cartas de anuência do [REDACTED] da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, datada, carimbada e assinada por [REDACTED], diretora da Unidade e do CAPS Torquato Neto da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, datada, carimbada e assinada por [REDACTED], sua diretora.

O novo cronograma apresentado está adequado.

O TCLE foi modificado e reapresentado e está bem redigido, cumprindo sua função. Lembramos que o TCLE deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador. Gostaríamos de lembrar mais uma vez que todas as pessoas que estiverem sendo observadas/avaliadas deverão autorizar e assinar o TCLE.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	A r q	Postagem	A u t	Situação
----------------	-------	----------	-------	----------

--

FACULDADE DE MEDICINA  
DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL



Con

		u i v o		o r	
--	--	------------------	--	--------	--

--



Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_605061.pdf	02/06/2016 07:51:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutComiteEtica.docx	02/06/2016 07:50:39	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Outros	CartaModificacao2.docx	02/06/2016 07:46:55	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Cronograma	cronograma1.docx	02/06/2016 07:38:03	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	28/04/2016 14:58:36	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Outros	RoteiroColetaDados.docx	28/03/2016 23:16:50	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	17/03/2016 17:32:30	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciatorquato.pdf	21/01/2016 14:37:22	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	██████████	21/01/2016 09:27:02	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Outros	certidaonegativa.pdf	30/11/2015 19:06:27	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	30/11/2015 19:04:40	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceito

Outros	CurriculoLattes.pdf	30/11/ 2015 12:12: 27	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceit o
Outros	Apresentacao.pdf	26/11/ 2015 10:45: 52	Williana Nunes de Moraes Louzada	Aceit o

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NITEROI, 09 de  
Junho de 2016

---

**Assinado**  
**por: ROSANGELA AR-**  
**RABAL THOMAZ**  
**(Coordenador)**